

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem**  
**Comunitária**  
Relatório de Estágio

**A educação para a saúde na prevenção do  
cancro do colo do útero nas mulheres em idade  
adulta**

**Sónia Marisa Fernandes Ramalho**

**Lisboa**  
**2018**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem**  
**Comunitária**  
Relatório de Estágio

**A educação para a saúde na prevenção do  
cancro do colo do útero nas mulheres em idade  
adulta**

**Sónia Marisa Fernandes Ramalho**

Orientador: Professor António Major

**Lisboa**  
**2018**



## **AGRADECIMENTOS**

Pelo tempo que foi necessário dedicar a este projeto e pela sua complexidade, este não foi um percurso fácil, tendo surgido ao longo do mesmo dúvidas, angústias e hesitações típicas de algo tão exigente. Não podemos esquecer que este é um projeto que decorre em simultâneo com a nossa vida pessoal e profissional, o que aumenta o esforço e o investimento que são necessários fazer para se ter sucesso. Porém, aqui estamos, nesta fase tão desejada, com a certeza que apesar dos desafios impostos, saímos deste percurso mais enriquecidos em termos profissionais e pessoais e com competências que nos permitem prestar cuidados melhores e mais diferenciados. E isso muito se deve às pessoas que nos acompanham nestes percursos, por isso gostaria de deixar o meu especial agradecimento:

Ao meu orientador, Professor António Major, pelo apoio e disponibilidade e pela partilha de conhecimentos ao longo deste projeto;

À minha orientadora, Enfermeira Sónia Videira, sem a qual teria sido muito difícil realizar este percurso. Obrigada pelo investimento, pela partilha de conhecimentos, pelo apoio e pela amizade;

A toda a equipa multidisciplinar da USF Villa Longa, em especial à equipa de Enfermagem, pela forma como me acolheram e me ajudaram a desenvolver este trabalho;

Às utentes que aceitaram participar neste projeto, pois sem elas não seria possível desenvolver o mesmo;

Aos professores da Especialidade pelos conhecimentos transmitidos;

E em especial aos meus pais, por me ajudarem a cumprir os horários e as rotinas dos meus filhos, a Leonor e o Francisco, e pela atenção e amor que lhes deram quando eu ou o meu marido não estávamos.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo

CCU – Cancro do Colo do Útero

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE – Classificação para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

EpS – Educação para a Saúde

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HPV – Virus do Papiloma Humano

IARC – International Agency for Research on Cancer

ICO – Institut Català d'Oncologia

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PON – Plano Oncológico Nacional

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNDO – Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

PNPCDO – Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

## RESUMO

O cancro do colo do útero (CCU) está associado a uma infeção crónica e persistente causada pelo vírus do papiloma humano (HPV); não obstante ser uma doença evitável continua a ser fatal para muitas mulheres. Com base nesta problemática, foi desenvolvido, numa Unidade de Saúde Familiar, um projeto de intervenção comunitária com foco na importância da educação para a saúde na prevenção do cancro do colo do útero nas mulheres em idade adulta.

Tendo como enquadramento conceptual o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender e orientado pela metodologia do Planeamento em Saúde, foi feita uma avaliação dos conhecimentos e comportamentos das utentes com idades compreendidas entre os 25-59 anos sobre o CCU, através da aplicação de um questionário. Da análise e tratamento de dados identificaram-se como problemas prioritários o défice de conhecimentos relacionado com a associação do HPV ao CCU (24% da amostra não associa o CCU a um vírus, e de 72% que associa só 77,8% relaciona com o HPV), o défice de conhecimentos relacionado com os fatores de risco do CCU (só 53% da amostra identifica "múltiplos parceiros sexuais" como fator de risco) e o défice de conhecimentos relacionado com o método de rastreio do CCU (apenas 74,7% da amostra sabe a designação do rastreio; só 45,3% identifica corretamente a altura recomendada para o início do rastreio; apenas 6,7% sabe qual a regularidade recomendada para a sua realização). Face ao diagnóstico de enfermagem levantado, foi definido como objetivo geral: "Capacitar as mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 59 anos, inscritas na USF Villa Longa, para a prevenção do CCU, no período compreendido entre Outubro de 2017 e Fevereiro de 2018", tendo sido desenvolvido um plano de intervenção assente em estratégias educativas.

A avaliação decorrente dos indicadores de processo evidenciou uma aprendizagem das participantes, com 95,7% a responderem corretamente à totalidade das questões feitas no final das Sessões Individuais de Educação para a Saúde e 77,8% a responderem corretamente à totalidade das questões no final da Sessão de Grupo de Educação para a Saúde, podendo-se aferir a melhoria dos conhecimentos relacionados com o CCU.

**Palavras-chave:** Cancro do colo do útero, Vírus do papiloma humano, Planeamento em Saúde, Promoção da Saúde, Educação para a Saúde.

## **ABSTRACT**

Cervical cancer (CC) is associated with chronic and persistent infection caused by human papillomavirus (HPV); nevertheless being an avoidable disease continues to be fatal for many women. Based on this problem, a community intervention health project focusing on the importance of education in the prevention of cervical cancer in women in adulthood was developed in a Family Health Unit.

Based on the Nola Pender Health Promotion Model and guided by the Health Planning methodology, an evaluation was made of the knowledge and behaviours of the users aged 25-59 years over the CC, through the application of a questionnaire. From the analysis and treatment, the main problems identified were a lack of knowledge related to the association of HPV with CC (24% of the sample do not associate CC with a virus, and from 72% that associated only 77,8% related to HPV), lack of knowledge related to CC risk factors (only 53% of the sample identifies "multiple sexual partners" as a risk factor) and lack of knowledge related to the CC screening method (only 74,7% of the sample knows the designation of the screening, only 45,3% correctly identifies the recommended height for the start of the screening, only 6,7% knows the regularity recommended for the screening). In view of the diagnosis of nursing raised, it was defined as a general objective: "To qualify women between the ages of 25 and 59, enrolled at USF Villa Longa, for the prevention of CC in the period between October 2017 and February 2018 ", having developed an intervention plan based on educational strategies.

The evaluation of the process indicators evidenced a learning of the participants, with 95.7% responding correctly to all the questions asked at the end of the Individual Health Education Sessions and 77.8% responding correctly to all the questions at the end of the of the Health Education Group Session, so it is possible to gauge the improvement of knowledge related to CC.

**Key words:** Cervical cancer, Human papillomavirus, Health Planning, Health Promotion, Health Education.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>1. O CANCRO DO COLO DO ÚTERO</b>	<b>14</b>
1.1. Epidemiologia	14
1.2. Etiologia	15
1.3. Fatores de risco	16
1.4. Prevenção e papel do EEECS	17
<b>2. MODELO TEÓRICO NORTEADOR DO PROJETO</b>	<b>24</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>27</b>
3.1. Diagnóstico da situação de saúde	27
3.1.1. Contextualização do local de estágio	29
3.1.2. Caracterização da população alvo	29
3.1.3. Instrumento e procedimento de colheita de dados	30
3.1.4. Apresentação dos resultados	31
3.1.5. Análise e discussão dos dados	34
3.1.6. Identificação dos problemas	39
3.2. Definição de prioridades	41
3.3. Fixação de objetivos	42
3.4. Seleção de estratégias	44
3.5. Preparação operacional - programação	46
3.6. Avaliação	50
<b>4. LIMITAÇÕES DO PROJETO</b>	<b>54</b>
<b>5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E MESTRADO</b>	<b>55</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>58</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS E APÊNDICES</b>	<b>69</b>

**Anexo I** – Questionário: “Cancro do colo do útero – conhecimentos e comportamentos”

**Anexo II** – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

**APÊNDICE I** – Pedido de autorização à autora do questionário para a aplicação do mesmo

**APÊNDICE II** – Autorização da autora do questionário para a aplicação do mesmo

**APÊNDICE III** – Pedido de autorização ao coordenador da USF Villa Longa para a aplicação do questionário

**APÊNDICE IV** – Autorização do coordenador da USF Villa Longa para aplicação do questionário

**APÊNDICE V** – Pedido de autorização à Comissão de Ética da ARSLVT para realização do estudo

**APÊNDICE VI** – Declaração de consentimento informado do questionário

**APÊNDICE VII** – Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra

**APÊNDICE VIII** – Gráfico 1 – Distribuição das participantes que já ouviram falar do CCU

**APÊNDICE IX** – Gráfico 2 – Distribuição dos dados relativamente aos fatores de risco associados ao CCU

**APÊNDICE X** – Gráfico 3 – Distribuição dos dados relativamente à existência de sintomas associados ao CCU

**APÊNDICE XI** – Gráfico 3.1 – Distribuição dos dados relativos à sintomatologia do CCU

**APÊNDICE XII** – Gráfico 4 – Distribuição dos dados relativos à associação do CCU a um vírus

**APÊNDICE XIII** – Gráfico 4.1 – Distribuição dos dados relativos à associação do CCU a um tipo de vírus

**APÊNDICE XIV** – Gráfico 5 – Distribuição dos dados relativos ao método de diagnóstico do vírus responsável pelo CCU

**APÊNDICE XV** – Gráfico 6 – Distribuição dos dados relativos à prevenção do CCU através da vacinação

**APÊNDICE XVI** – Gráfico 6.1 – Distribuição dos dados relativos à altura em que se deve realizar a vacinação contra o CCU

**APÊNDICE XVII** – Gráfico 7 – Distribuição dos dados relativos à altura em que se deve iniciar o rastreio do CCU

**APÊNDICE XVIII** – Gráfico 8 – Distribuição dos dados relativos à realização do rastreio do CCU por parte das participantes



**APÊNDICE XIX** – Gráfico 8.1 – Distribuição dos dados relativos à regularidade de realização do rastreio do CCU por parte das participantes

**APÊNDICE XX** – Gráfico 9 – Distribuição dos dados de acordo com a designação do exame do rastreio do CCU

**APÊNDICE XXI** – Gráfico 10 – Distribuição dos dados de acordo com a regularidade recomendada para a realização do rastreio do CCU

**APÊNDICE XXII** – Gráfico 11 – Distribuição dos dados de acordo com a facilidade em obter informações sobre o CCU

**APÊNDICE XXIII** – Gráfico 12 – Distribuição dos dados de acordo com a forma de obter informações sobre o CCU

**APÊNDICE XXIV** – Gráfico 13 – Distribuição dos dados relativos às consequências associadas à deteção precoce do CCU

**APÊNDICE XXV** – Gráfico 14 – Distribuição dos dados relativos à atuação das participantes face a uma infeção vaginal

**APÊNDICE XXVI** – Gráfico 15 – Distribuição dos dados em relação às dúvidas que as participantes gostariam de ver esclarecidas em relação ao CCU

**APÊNDICE XXVII** – Scoping Review

**APÊNDICE XXVIII** – Priorização dos problemas segundo o método da Grelha de Análise

**APÊNDICE XXIX** – Cronograma do Estágio com Relatório

**APÊNDICE XXX** – Descrição das estratégias e atividades por objetivos específicos

**APÊNDICE XXXI** – Plano Operacional da Sessão de Apresentação do Diagnóstico da Situação de Saúde à equipa da USF Villa Longa

**APÊNDICE XXXII** – Diapositivos da Sessão de Apresentação do Diagnóstico da Situação de Saúde à equipa da USF Villa Longa

**APÊNDICE XXXIII** – Plano Operacional da Sessão Individual de EpS sobre o CCU

**APÊNDICE XXXIV** – Questionário de Avaliação da Sessão Individual de EpS sobre o CCU

**APÊNDICE XXXV** – Plano Operacional da Sessão de Grupo de EpS sobre o CCU

**APÊNDICE XXXVI** – Questionário de Avaliação da Sessão de Grupo de EpS sobre o CCU

**APÊNDICE XXXVII** – Diapositivos da Apresentação da Sessão de Grupo de EpS sobre o CCU

**APÊNDICE XXXVIII** – Folheto sobre o Rastreio do CCU

**APÊNDICE XXXIX** – Cartaz de divulgação da Sessão de Grupo de EpS sobre o CCU

**APÊNDICE XL** – Cartaz sobre o CCU

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 – Avaliação das sessões realizadas.....	53
--	----

## INTRODUÇÃO

A realização deste relatório de estágio surge no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tendo sido solicitada a realização de um projeto de intervenção comunitária. Foi desenvolvido um estágio numa Unidade de Saúde Familiar (USF) de um ACES da área de Lisboa e Vale do Tejo que permitiu conhecer e trabalhar com uma população específica, constatar as suas necessidades de saúde e de acordo com essa realidade, e com base na metodologia do Planeamento em Saúde, avaliar o estado de saúde dessa comunidade, permitindo a aquisição e o desenvolvimento de competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP).

De acordo com essa avaliação, a área temática escolhida para a realização deste projeto foi o cancro do colo do útero (CCU). O CCU é uma das principais causas de mortalidade por cancro nas mulheres, sendo o 2º tumor ginecológico maligno mais frequente nas mulheres portuguesas com menos de 50 anos (DGS, 2015), tendo-se registado 194 óbitos em 2016 por esta patologia (INE, 2018). No entanto, é um cancro que pode ser prevenido, pois a sua evolução é lenta e existem medidas preventivas e acessíveis, justificando-se assim um maior esforço na prevenção primária e secundária, através da consciencialização das mulheres para o CCU, em especial para os seus fatores de risco e para as formas de prevenção.

No âmbito desta problemática, foi possível constatar que, apesar do investimento dos profissionais de saúde desta USF na sensibilização das mulheres para a importância da promoção da sua saúde e para a prevenção do CCU, estas tinham dúvidas em relação a esta patologia e ao seu rastreio, sendo baixa a adesão ao mesmo. Tornava-se por isso importante perceber quais os conhecimentos e comportamentos de procura de saúde das mulheres inscritas nesta USF em relação ao CCU e o que poderia ser melhorado ao nível da prevenção primária, mais concretamente em termos da promoção da saúde e da educação para a saúde, sendo que o sucesso a esse nível teria sempre impacto no sucesso da prevenção secundária. Neste sentido, foi mobilizado o Modelo

Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, que pode ser usado na implementação e avaliação de ações de promoção de saúde, permitindo avaliar o comportamento que conduz à promoção da saúde, e foi adotada a metodologia do Planeamento em Saúde, que permite fazer um diagnóstico de saúde e estabelecer um plano de ação, determinando previamente o que se vai fazer e como se vai fazer, com uma avaliação no final dos resultados obtidos.

Pretendeu-se assim com este projeto de intervenção comunitária, contribuir para a melhoria dos conhecimentos e comportamentos relacionados com o CCU, nas mulheres com idades compreendidas entre os [25; 60] anos, inscritas na USF Villa Longa. Esta intervenção teve como sustentação a revisão da literatura sobre a área de intervenção selecionada e o diagnóstico da situação de saúde, do qual decorreu a identificação dos problemas, a definição de prioridades, a fixação dos objetivos e a seleção de estratégias de intervenção, tendo sempre como fio condutor o Modelo Teórico escolhido. De ressaltar que foi realizada uma *scoping review*, que permitiu não só conhecer e examinar a literatura que existia sobre esta temática, como também promover uma discussão em torno dos achados decorrentes da aplicação do questionário à população alvo.

Este relatório encontra-se assim dividido em seis capítulos, reproduzindo a pesquisa e a intervenção desenvolvida no âmbito deste projeto. No primeiro capítulo é descrito o foco de intervenção, dando-se destaque à pertinência da temática e ao enquadramento teórico relacionado com o CCU. No segundo capítulo é descrito o modelo teórico norteador do projeto. No terceiro capítulo é descrita a metodologia utilizada, apresentando-se todo o processo inerente ao Planeamento em Saúde. No quarto capítulo são partilhadas as principais dificuldades sentidas ao longo da realização do projeto. No quinto capítulo é feita uma reflexão sobre as competências desenvolvidas na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e no âmbito do Mestrado. No sexto capítulo surgem as considerações finais, resultantes da reflexão sobre o trabalho desenvolvido.

# **1. O CANCRO DO COLO DO ÚTERO**

## **1.1. Epidemiologia**

O cancro do colo do útero (CCU) é o tumor maligno mais frequente do sistema reprodutor feminino. A nível mundial caracteriza-se por ser o quarto tipo de cancro mais comum nas mulheres, tendo-se registado 266.000 mortes e 528.000 novos casos em 2012, sendo mais frequente nas regiões menos desenvolvidas como a América Central e do Sul, África Oriental, Sul e Sudeste da Ásia e no Pacífico Ocidental (WHO, 2017b), estando esta realidade associada à dificuldade em iniciar ou manter programas eficazes de triagem do CCU (Wright e Kuhn, 2012). Estima-se que o número de mortes associadas a esta doença possa aumentar cerca de 25% nos próximos 10 anos se não forem tomadas medidas preventivas adequadas e eficazes (WHO, 2014).

Em Portugal, o CCU estabelece-se como o 2º tumor ginecológico mais frequente nas mulheres portuguesas com menos de 50 anos (DGS, 2015) e como o quinto tumor com maior incidência a nível de tumores malignos, no sexo feminino, com uma taxa de incidência de 17,8 casos por cada 100000 habitantes (DGS, 2016a), tendo causado em 2015 a morte a 201 mulheres, com uma taxa de mortalidade padronizada de 2,4 (por 100 000 habitantes) (DGS, 2017). A mortalidade é significativamente maior na região dos Açores e na área Metropolitana de Lisboa, sendo importante destacar que nesta última o rastreio de base populacional ainda não está implementado (apesar de se ter apontado o seu início para 2017) (DGS, 2017), o que pode influenciar essa realidade. O investimento nesta área tem sido grande e deve continuar a ser uma prioridade, sendo possível constatar que desde 2014, ano em que se registaram 210 óbitos, tem havido uma redução na incidência e na mortalidade associadas à doença. Dados recentes indicam que em Portugal todos os anos são diagnosticados cerca de 1000 novos casos de CCU (Sociedade Portuguesa de Colposcopia, 2018), tendo ocorrido 194 óbitos em 2016 (INE, 2018).

## 1.2. Etiologia

O CCU é consequência de uma infecção crónica e persistente do colo do útero pelo vírus do papiloma humano (HPV). O HPV é a infecção viral mais comum do sistema reprodutor feminino, estimando-se que cerca de 80% da população mundial tenha contacto com o vírus em alguma altura das suas vidas (Baseman e Koutsky, 2005). A sua transmissão decorre sobretudo da atividade sexual, estando também associada ao contacto orogenital e ao contacto direto entre pele e mucosas. Caracteriza-se por ser um vírus de DNA, em que os seus genes podem manipular o ciclo celular do hospedeiro para promover a sua persistência e replicação (Santana et al., 2008), pelo que pode instalar-se nas células da superfície do colo do útero, podendo ali ficar anos sem causar doença ou, ao fim de algum tempo, começar a causar danos nas células do corpo do útero, dando origem a lesões pré-cancerígenas, com consequente desenvolvimento de cancro (Bosch & Thomas, 2005; WHO, 2014).

A infecção por HPV pode assim ser transitória ou permanente, sendo que neste último caso, potenciada por outros fatores de risco, pode dar origem a neoplasias de baixo e alto grau e cancro invasivo. Para além do CCU, a infecção por HPV está associada a outros tipos de cancro, como o cancro da cabeça e pescoço e anogenital, e também a verrugas genitais em homens e mulheres (WHO, 2017b).

Existem mais de 100 tipos de HPV descritos, sendo os de maior risco os dos subtipos 16, 18, 31, 33, 45, 58, estando o cancro do colo do útero sobretudo associado a dois subtipos de HPV: 16 e 18 (WHO, 2014). Os últimos dados do ICO HPV Information Centre (2017) evidenciam que na população feminina portuguesa o CCU tem associado uma prevalência de 71,4% do HPV do subtipo 16, seguida por 10,1% do subtipo 18.

Apesar de ainda não estarem estabelecidos os cofatores que podem levar à permanência da infecção do HPV e à sua progressão para cancro do colo do útero, sabe-se que existem fatores com uma importância acrescida para o CCU e cujo estudo também é determinante.

### 1.3. Fatores de risco

Apesar da infecção por HPV ser o fator de risco mais importante e necessário para a ocorrência do CCU, existem outros fatores de risco importantes para o desenvolvimento da patologia, nomeadamente:

- estado imunológico – um sistema imunitário enfraquecido (como no caso de mulheres infetadas com o HIV ou mulheres que estejam a tomar imunossupressores por doença autoimune ou por transplante de órgãos) diminui a capacidade do organismo de combater infeções e outras doenças, aumentando o risco de as mulheres desenvolverem infeções pelo HPV e de desenvolverem cancro mais rapidamente do que seria o normal;
- co-infecção com outros agentes sexualmente transmissíveis – a infecção por outros agentes sexualmente transmissíveis, como por clamídia, também aumenta o risco de CCU;
- n.º de partos e idade ao primeiro parto – mulheres que tenham tido 3 ou mais gravidezes de termo têm um risco maior de desenvolver CCU, associando-se a várias teorias: 1) as mulheres para engravidarem tiveram que ter relações sexuais não protegidas, expondo-se mais ao HPV; 2) as alterações hormonais decorrentes da gravidez aumentam a suscetibilidade da mulher à infecção por HPV e ao desenvolvimento do cancro. Em relação à idade ao primeiro parto, estudos demonstram que ser mãe antes dos 17 anos aumenta para o dobro o risco de desenvolver CCU mais cedo comparativamente a mulheres que engravidem depois dos 25 anos;
- tabaco – a exposição aos químicos do tabaco faz com que as mulheres que fumam tenham 2 a 3 vezes maior risco de desenvolver CCU; para além disso, fumar também faz com o sistema imunitário seja menos eficiente no combate às infeções por HPV;
- uso de contraceptivos orais há mais de cinco anos – há evidências de que a toma de contraceptivos orais durante muitos anos (acima de 5 anos) aumenta o risco de CCU, sendo que o risco de CCU aumenta conforme o tempo que as mulheres tomam os contraceptivos orais, mas reduz quando se suspende a toma destes e volta ao normal depois de 10 anos de se ter parado (WHO, 2014; American Cancer Society, 2018; National Cancer Institute, 2018).



Para além destes, grande parte da literatura enumera também fatores associados à atividade sexual e que também se estabelecem como sendo fatores de risco do CCU, nomeadamente: o início precoce da atividade sexual, o número de parceiros sexuais e as relações sexuais desprotegidas; e a história familiar, relacionada com a existência de fatores genéticos que não permitem ao sistema imunológico suprimir ou eliminar a infeção pelo HPV.

Apesar de serem vários os fatores de risco associados ao CCU sabe-se que ter um ou vários fatores de risco não implica a ocorrência da doença. No entanto, a sua existência aumenta a hipótese de vir a desenvolver CCU, pelo que o conhecimento destes permite que seja possível desenvolver diretrizes no sentido da prevenção da ocorrência desta doença, atuando no sentido da capacitação das mulheres especialmente no que diz respeito aos fatores de risco e aos fatores protetores.

#### **1.4. Prevenção e papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**

A prevenção do CCU engloba estratégias como a adoção de estilos de vida saudáveis (não fumar, fazer exercício físico e ter uma alimentação saudável), o uso de preservativo nas relações sexuais, a vacinação com a vacina contra o HPV e a realização do rastreio ginecológico, que permite detetar e tratar as lesões pré-cancerígenas.

Existem três níveis de prevenção relacionados com o cancro do colo do útero: primária, secundária e terciária (WHO, 2014).

A prevenção primária caracteriza-se por permitir reduzir a incidência da doença evitando a sua ocorrência (Stanhope e Lancaster, 2011), sendo a estratégia com melhor custo-benefício no controlo do cancro (Ministério da Saúde et al., 2007). Traduz-se em medidas que permitem informar e capacitar as mulheres para a promoção da sua saúde e prevenção no que diz respeito à ocorrência da doença, através da:

- ✓ Promoção de Saúde e Educação para a Saúde (Eps), no sentido de sensibilizar as mulheres, família e comunidade para a adoção de estilos de vida saudáveis, fatores de risco e medidas preventivas do CCU;

- ✓ Vacinação contra infeções por HPV – pelo Plano Nacional de Vacinação (PNV) ou extra PNV.

Pela sua importância, a prevenção primária é desde logo destacada no Plano Oncológico Nacional 2001-2005 (2001), assumindo que esta deve ser estruturada com o objetivo de modificar alguns dos fatores que provocam o cancro, potenciando os fatores protetores e inibindo os fatores de risco. Deve assim incidir nos comportamentos de risco, nos sinais de alerta e na periodicidade da realização dos exames de vigilância da saúde (Peixoto, 2013), através da Promoção da Saúde e de ações de EpS.

Em relação à vacinação contra infeções por HPV, esta é uma medida fundamental em termos de prevenção primária, permitindo a diminuição a longo prazo da incidência do CCU. Em Portugal a taxa de cobertura vacinal é elevada, sendo considerada uma das melhores do Mundo. A Norma n.º 016/2014 da DGS estabeleceu a vacinação universal de rotina no âmbito do PNV com a vacina contra o HPV às raparigas com idades dos 10 aos 13 anos de idade inclusive, num esquema de duas doses (0, 6 meses), podendo ser iniciada até aos 18 anos de idade exclusive e completada (2ª ou 3ª dose) até aos 25 anos de idade inclusive (DGS, 2014). A cobertura vacinal neste âmbito diminui a probabilidade destas adolescentes e futuras mulheres virem a ter CCU, justificando-se a importância da administração da vacina nestas idades pelo facto de ainda não terem iniciado a sua vida sexual estando assim mais protegidas no futuro.

Em termos de prevenção primária do CCU, as medidas estão sobretudo direcionadas para a mulher pois a doença manifesta-se nestas. No entanto, é importante referir que também têm sido desenvolvidos vários estudos que evidenciam a importância de fatores associados aos homens como potenciadores da redução da transmissão desta infeção às mulheres e consequente desenvolvimento do CCU. Teixeira (2012) destaca no seu trabalho que a circuncisão nos homens é eficaz na prevenção da infeção por múltiplos tipos de HPV e na infeção persistente por tipos oncogénicos deste vírus, verificando-se nas parceiras de homens circuncisados uma diminuição da prevalência e incidência da infeção por tipos oncogénicos deste vírus. Relativamente à pertinência da vacinação nos rapazes, e segundo a mesma autora, percebe-se que as vacinas profiláticas são altamente imunogénicas

quando administradas em homens, mas desconhece-se o efeito destas vacinas na prevenção da transmissão do HPV de homens para mulheres, pelo que esta vacinação é considerada menos custo-efetiva que a vacinação feminina (Teixeira, 2012). No entanto, sendo a carga de doença por HPV relevante para o sexo masculino, com risco destes desenvolverem condilomas genitais, cancro do ânus, do pénis, da cabeça e pescoço e neoplasias intraepiteliais do pénis e ânus, a Comissão de Vacinas da Sociedade de Infeciologia Pediátrica e da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2018) recomenda a administração da vacina contra infeções por HPV, a título individual, aos adolescentes deste género, como forma de prevenir as lesões associadas ao HPV, discutindo-se cada vez mais a necessidade de abranger os rapazes na vacinação contra o HPV no âmbito do PNV, de forma a otimizar o controlo da transmissão deste vírus (Giuliano, 2007) e a prevenir as lesões decorrentes do mesmo, em ambos os géneros.

Em relação à Prevenção Secundária esta tem como objetivo evitar a disseminação da infeção e/ou doença desde que esta ocorre (Stanhope e Lancaster, 2011). No CCU esta incide sobre o rastreio e o tratamento das lesões pré-cancerígenas, implicando medidas de aconselhamento e partilha de informação e de rastreio para todas as mulheres que fazem parte da população alvo, no sentido de identificar previamente essas lesões e proceder-se ao seu tratamento antes destas evoluírem para cancro (WHO, 2014).

As infeções e as lesões pré-cancerígenas provocadas pelo HPV são maioritariamente assintomáticas, pelo que os programas de rastreio têm um papel fundamental na prevenção do CCU, permitindo detetar e tratar precocemente a doença, com melhoria da probabilidade de cura. Existem dois tipos de rastreio distintos: o populacional organizado, no qual se convidam as mulheres de risco a realizarem o rastreio, e o oportunista, em que as pessoas recorrem aos serviços de saúde por outro motivo, mas é aproveitada essa oportunidade para sugerir a realização do rastreio.

O rastreio oncológico surgiu como objetivo prioritário no Plano Oncológico Nacional (2001), tendo havido ao longo dos anos uma evolução no que se refere a este tipo de rastreio, assumindo-se cada vez mais como determinante para “o combate à morte prematura por cancro através do diagnóstico cada vez mais

*precoce da doença com prognósticos mais favoráveis e recurso a terapêuticas menos agressivas”* (DGS, 2015, p.5). Existe um consenso a nível da evidência científica sobre a utilidade de programas de rastreio do cancro para três patologias oncológicas: cancro do colo do útero, cancro da mama e cancro do cólon e reto, estando demonstrado que o rastreio conduz a uma redução das taxas de mortalidade da ordem dos 80%, 30% e 20% respetivamente (DGS, 2015).

O método mais comum para o rastreio do CCU é a citologia cervical em lâmina, também conhecido por Papanicolau, que permite detetar anomalias na forma das células do colo do útero (IPATIMUP, 2015), preconizando-se a sua realização trienal após 2 resultados anuais negativos. No entanto, cada vez mais se começa a optar pela realização da citologia cervical em meio líquido pela melhor relação custo-efetividade em relação à citologia convencional, na medida em que diminui a repetição de consultas de ginecologia (existindo uma menor taxa de casos insatisfatórios e a possibilidade de realizar teste HPV na mesma amostra se alterações na citologia) e implica um menor tempo de interpretação (Roque e André, 2015). Referem Wright e Kuhn (2012) que o aparecimento das alternativas à citologia em lâmina, tais como a Inspeção Visual com Ácido Acético (IVA) e o teste do HPV, têm sido cada vez mais utilizados, nomeadamente nos países em desenvolvimento, pela sua escassez de recursos.

Em relação à população alvo para o rastreio do CCU o Plano Oncológico Nacional (2001) recomenda a realização do rastreio do cancro do colo do útero por citologia cervical nas mulheres entre os 30 e os 60 anos, com um intervalo de rastreio de três anos, após dois exames anuais negativos. O Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007-2010 (Ministério da Saúde et al., 2007) e o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (DGS, 2012) também emitem diretrizes neste sentido referindo que o rastreio do cancro do colo útero deve ser feito por citologia cervical nas mulheres com idade de início não antes dos 20 e não depois dos 30 anos e até aos 60 anos. Na prática, as diretrizes da DGS para os Cuidados de Saúde Primários (CSP) vão no sentido da realização do rastreio do CCU nas mulheres que já tenham iniciado a sua vida sexual e/ou nas mulheres com idades compreendidas entre os 25-65 anos

(DGS, 2011). Em relação às USF, o Bilhete de Identidade dos Indicadores de Contratualização dos CSP (2015) determina que, pelo menos, todas as mulheres entre [25; 60[ anos devem realizar colpocitologia a cada 3 anos, após 2 resultados anuais negativos.

De referir que este rastreio deve incluir todas as mulheres que se enquadrem na população alvo, mesmo as que fizeram a vacina HPV (WHO, 2014), pois apesar da vacinação contra o HPV nas raparigas com idade entre os 10-13 anos reduzir a possibilidade do desenvolvimento de cancro do colo do útero, no futuro estas também devem integrar os programas de rastreio, não só porque podem não ter sido vacinadas, mas também pelo facto da vacina não proteger contra todos os tipos de HPV de alto risco (WHO, 2016).

O trabalho desenvolvido nestes dois níveis de prevenção, primária e secundária, nomeadamente em termos da Promoção da Saúde e da EpS, é assim determinante para a diminuição da ocorrência do CCU.

O reconhecimento da importância da Promoção da Saúde surge em 1978 com a realização da Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, onde foi evidenciada a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalhavam na área da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, para a promoção de saúde de todos os povos do mundo (WHO, 1978). Alicerçou-se depois em 1986, com a 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa, definindo-se a Promoção da Saúde como o processo de capacitação dos indivíduos e comunidades, no sentido da melhoria da sua saúde e qualidade de vida, exercendo um maior controlo nesse processo (WHO, 1986). Nesta estabeleceram-se cinco estratégias para a Promoção da Saúde: a elaboração de políticas de saúde; a criação de um meio ambiente saudável; o fortalecimento da ação comunitária; o desenvolvimento das habilidades pessoais; e a reorientação dos serviços de saúde. A nível nacional, surge em 1990 a Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, a conhecida Lei de Bases da Saúde, que refere, a exemplo, no ponto 3, da base IV, nas disposições gerais, do capítulo I, no que se refere aos Sistema de saúde e outras entidades, que *“Os cidadãos e as entidades públicas e privadas devem colaborar na criação de condições que*

*permitam o exercício do direito à proteção da saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis” (sem pág.).*

O reconhecimento e valorização da Promoção da Saúde decorre sobretudo da importância que esta tem na mudança dos estilos de vida e na adoção de comportamentos de saúde, sendo através da mesma que os EEECSPP conseguem intervir junto da sua população no sentido da aquisição de níveis satisfatórios/elevados de saúde e de bem-estar.

Refere o Regulamento de Competências Específicas do EEECSPP que o EEECSPP *“fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes”, tendo adquirido competências “que lhe permite participar na avaliação multicausal, e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e empowerment das comunidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p.1).*

Detentor destes conhecimentos e destas competências, o EEECSPP consegue intervir de forma eficaz ao nível da Promoção da Saúde, nomeadamente no que diz respeito à partilha de informação e ao *empowerment* e capacitação da mulher sobre esta patologia e, em especial, aos fatores de risco e formas de prevenção, ajudando que esta e a sociedade encarem o cancro como *“um problema global, que não depende apenas dos serviços de saúde, mas a necessitar de um esforço concertado, que começa em cada um, com adoção de comportamentos mais saudáveis” (DGS, 2017, p:15).*

Em toda esta dinâmica, a EpS estabelece-se como uma ferramenta fundamental, permitindo que as pessoas desenvolvam a sua capacidade de tomada de decisão, ajudando-as a decidirem sobre a sua saúde e a responsabilizarem-se pela mesma, capacitando-as para a colaboração nos processos de mudança direcionados para a adoção de estilos de vida saudáveis e promotores de saúde, sendo que *“esta mudança ocorre quando no processo de EpS os interesses e necessidades do indivíduo, família e comunidade são*

*valorizados, envolvendo-os como sujeitos ativos e participantes”* (Simões et al, 2011).

Ao sustentar grande parte do seu trabalho em estratégias de Promoção da Saúde e de EpS, o EEECSPP promove o aumento da literacia da sua comunidade. A OMS define a literacia em saúde como uma ligação à alfabetização, que envolve o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para acederem, compreenderem, avaliarem e aplicarem informações em saúde; conseguindo fazer julgamentos e tomar decisões todos os dias, no que se refere à sua saúde, à prevenção de doenças e à promoção da saúde, de forma a manter ou melhorar a sua qualidade de vida (WHO, 2013a). Espera-se que a literacia em saúde permita que todos os cidadãos tenham a capacidade para tomarem decisões fundamentadas em saúde, ao longo de toda a sua vida, no que se refere aos cuidados de saúde e no contexto político, sendo que quanto maiores forem os níveis de literacia, maior é o controlo das pessoas sobre a sua saúde, maior a sua capacidade em procurar informações e para assumir decisões e responsabilidades próprias (Mota, 2015).

Percebe-se assim que todo o trabalho que o EEECSPP desenvolve em termos de Promoção da Saúde e de EpS, influenciam não só a capacitação da comunidade de quem cuida, mas também a melhoria do estado de saúde da mesma, com reflexo na incidência, mortalidade e morbilidade das doenças, nomeadamente das doenças oncológicas. No âmbito do CCU, o conhecimento que o EEECSPP tem dos indivíduos, grupos e comunidade da sua área de influência, permite que este adeque as estratégias educativas, desenvolvendo a informação e formação adequada de forma a conseguir capacitar as mulheres para os fatores de risco associados ao CCU e às formas de prevenção, pois só assim estas conseguirão tomar decisões conscientes e responsáveis sobre a sua saúde. E só através do envolvimento das mulheres nos cuidados e da sua capacitação para o autocuidado poderemos obter resultados sensíveis à prática de enfermagem com consequentes ganhos em saúde.

## 2. MODELO TEÓRICO NORTEADOR DO PROJETO

Os Modelos Teóricos de Enfermagem são fundamentais para o exercício da nossa profissão, pois ajudam a orientar o nosso pensamento e a nossa tomada de decisão, servindo de guia à prática, à formação, à investigação e à gestão de cuidados (Mendes, 1997). Segundo Portugal (1999), estes contribuem para a *“emancipação da profissão, ao levarem a um maior investimento na mesma, já que delimitam o campo específico da Enfermagem e anulam a ambiguidade que tantas vezes poderá surgir”* (p.14). É através destes que é atribuído significado ao conhecimento, melhorando a prática pela descrição, pela explicação e pela antecipação dos fenómenos (Tomey e Alligood, 2004), sendo possível a partir dos mesmos selecionar e refletir sobre um conjunto de focos de atenção (entre outros possíveis) que consideramos serem significativos e representativos para o exercício profissional dos enfermeiros e a partir dos quais se podem produzir indicadores de qualidade (Petronilho, 2009).

Decorrente desta importância, e tendo em conta o foco de intervenção deste projeto, o Modelo Teórico escolhido foi o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

O Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender foi desenvolvido na década de 80, nos Estados Unidos, por Nola Pender, professora da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan, e assenta na premissa da educação das pessoas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o seu bem-estar. Tem em conta a complexidade da pessoa, percecionando-a como um todo, e a influência do ambiente que a rodeia na adoção de comportamentos de saúde. Analisa os seus conhecimentos, os seus sentimentos, o seu estilo de vida e tem em conta a sua realidade socioeconómica e cultural. É por isso um modelo de enfermagem que pode ser usado na implementação e avaliação de ações de promoção de saúde, pois ajuda a identificar o comportamento anterior e o que o influencia e a trabalhar no sentido da melhoria do bem-estar e da capacitação para a adoção de um comportamento promotor de saúde.

É um Modelo que ajuda a identificar os fatores que influenciam a tomada de decisão e as ações desenvolvidas para prevenir a doença. Segundo Nola



Pender, os comportamentos das pessoas em relação à sua saúde são determinados pelas suas crenças em saúde, estando relacionadas com as relações estabelecidas entre três componentes fundamentais: 1) **as características e experiências individuais**; 2) **os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar** e 3) **o resultado de comportamento de saúde desejável**.

Em relação à primeira componente, **características e experiências individuais**, estas compreendem o comportamento anterior, aquele que se espera mudar, e os fatores pessoais, que incluem os fatores biológicos (idade, sexo, IMC, agilidade), psicológicos (autoestima, motivação e percepção do estado de saúde) e socioculturais (raça, educação e nível socioeconómico). A segunda componente, **sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar** é o eixo central do diagrama, sendo formado pelas variáveis: percebe os benefícios para a ação – consegue perceber as consequências positivas da adoção daquele comportamento; percebe as barreiras para a ação – tem consciência das dificuldades associadas à mudança do comportamento; percebe a autoeficácia – consegue ter noção das suas capacidades pessoais para organizar e executar ações; sentimentos em relação ao comportamento – consegue refletir uma reação emocional direta ou uma resposta ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável; influências interpessoais – a possibilidade do comportamento poder ser influenciado por outras pessoas, pela família, pelo cônjuge, pelos profissionais de saúde ou por normas e modelos sociais; influências situacionais – a influência que o ambiente pode ter nos comportamentos de saúde, facilitando-os ou impedindo-os. Em relação à terceira componente, **o resultado de comportamento de saúde desejável**, implica um compromisso com o plano de ação – para que o indivíduo consiga manter o comportamento de promoção de saúde esperado; implica ter em conta as exigências imediatas e preferências – o controle do comportamento é menor quando as exigências são imediatas e é maior quando são tidas em conta as preferências do indivíduo; e tem como objetivo final o comportamento da promoção de saúde – que resulta da implementação do Modelo de Promoção da Saúde (ver Anexo II) (Victor et al., 2005).

Neste modelo a **Saúde** é encarada como um estado altamente positivo, que tem em conta os aspetos individuais, familiares e comunitários para o desenvolvimento de capacidades que conduzam à melhoria do bem-estar; a **Pessoa** é definida pela sua capacidade em tomar decisões e resolver problemas; o **Ambiente** é descrito como o resultado das relações entre o indivíduo e o acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos, influenciando os comportamentos promotores de saúde; e a **Enfermagem** é responsável por desenvolver intervenções e estratégias para ajudar as pessoas a terem comportamentos de promoção da saúde, sendo reconhecida como fundamental na motivação das pessoas para se manterem saudáveis e para serem autónomas, estimulando-as no sentido do autocuidado (Pender et al., 2010).

Percebe-se assim, que a Promoção da Saúde implica que a pessoa queira e consiga mudar os seus comportamentos anteriores, sendo necessário uma intervenção do enfermeiro ao nível de várias componentes no sentido da capacitação da mesma para esse fim. Em todo este processo estabelece-se uma interdependência entre Pessoa, Ambiente, Enfermagem e Saúde, pelo que conhecermos a realidade de cada indivíduo, família e comunidade torna-se crucial para conseguirmos mobilizar o modelo e torná-lo pertinente na prática, conseguindo obter resultados no que diz respeito à aquisição de comportamentos promotores de saúde por parte do indivíduo.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública é detentor de competências para intervir a esse nível, conseguindo mobilizar medidas de apoio, orientação e aprendizagem, no sentido do desenvolvimento de conhecimentos e competências por parte do indivíduo. Deve para tal, mobilizar o Modelo escolhido para a sua prática, desenvolvendo ações de promoção e de educação para a saúde tendo em conta a pessoa, a sua família e a comunidade onde esta está inserida, pois só assim conseguirá promover uma mudança de comportamento desejável e duradoura, tendo sempre a noção de que só se consegue estabelecer um processo de enfermagem adequado se a prática for orientada por um modelo teórico e se correlacionar os conhecimentos explícitos (pesquisas) aos conhecimentos empíricos (prática) no processo de avaliação crítica das informações (Pedrolo et al., 2009)

### **3. METODOLOGIA**

Quando pretendemos desenvolver um projeto de Promoção da Saúde utilizando estratégias de EpS, temos que conhecer as características do indivíduo, família e comunidade, de forma a desenvolver um plano de enfermagem adequado e exequível. Assume-se assim como determinante utilizar uma metodologia orientadora. A metodologia do Planeamento em Saúde ajuda os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, a tomar decisões que sejam eficazes, equitativas e equilibradas em termos de uso de recursos. Segundo Imperatori e Giraldes (1982), o Planeamento em Saúde define-se como *“a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes de vários sectores socio-económicos”* (p.6), e deve ser encarado como um processo contínuo e dinâmico, sendo possível haver retrocessos e fazer reajustes nas fases que se pensavam concluídas.

#### **3.1. Diagnóstico da situação de saúde**

Segundo Tavares (1990) e Imperatori & Giraldes (1993), o diagnóstico da situação de saúde é a primeira etapa no processo de planeamento. Neste identificam-se os problemas e determinam-se as necessidades (Tavares, 1990). É desta concordância entre diagnóstico e necessidades que é estabelecida a pertinência da intervenção (Imperatori e Giraldes, 1982).

A pertinência deste projeto de intervenção comunitária está associada ao facto de, na altura em que o mesmo foi iniciado, os dados mais recentes relativos à mortalidade por tumor maligno do Colo do Útero em Portugal apontarem para um aumento da mesma, registando-se 210 óbitos em 2014 (DGS, 2015), com especial expressão na região de Lisboa e Vale do Tejo, região à qual pertence a USF onde foi realizado o projeto e onde ainda se verificavam dificuldades em ter uma elevada percentagem de mulheres com o rastreio do CCU atualizado, não estando ainda implementado nesta região um programa de rastreio de base populacional (DGS, 2016).

Era possível verificar a nível nacional oscilações na relação entre o número de mulheres convidadas a realizar o rastreio e o número de mulheres rastreadas, sendo possível verificar que em 2014 foram convocadas mais mulheres para rastreio do que em 2013, mas houve uma diminuição na adesão ao rastreio que se refletiu num número menor de mulheres rastreadas, e que em 2015 foram convocadas menos mulheres para rastreio mas houve um aumento na adesão ao rastreio que se refletiu num número superior de mulheres rastreadas, associando-se esta diferença ao aumento da cobertura geográfica decorrente ao alargamento do programa de rastreio a toda a região Norte (DGS, 2016b).

Podendo estar ou não relacionado como o facto de a ARSLVT ainda não estava abrangida por este programa de rastreio à data da realização do projeto, a verdade é que, analisando os dados desde 2013-2015, verificou-se na USF Villa Longa, local do estágio, um decréscimo no indicador de mulheres entre os [25; 60[ anos com colpocitologia atualizada, sendo que em 2013 existia uma adesão ao rastreio do CCU de 57,4%, em 2014 de 57% e em 2015 de 56,5%. Esta era uma realidade que preocupava os profissionais desta unidade de saúde, manifestando os mesmos a necessidade de uma análise sobre os fatores que poderiam estar a influenciar a adesão das mulheres ao rastreio do CCU, fazendo-lhes todo o sentido este projeto e a possibilidade de este promover a melhoria dos conhecimentos e dos comportamentos de procura de saúde das mulheres relativamente ao CCU e, consequentemente, a sua adesão ao rastreio.

A realidade associada a esta problemática, quer a nível nacional, quer na USF Villa Longa, determinou a necessidade de uma intervenção e a pertinência deste projeto, indo de encontro ao que Tavares (1990) defende ser importante: ter uma prática evidente, contribuir para a resolução de um problema importante na área da Saúde e satisfazer os objetivos da Instituição onde se pretende que seja desenvolvido.

Para o projeto em questão, determinou-se como população para o Diagnóstico de Saúde 5516 utentes do sexo feminino, o que corresponde ao número de mulheres com idades compreendidas ente os [25; 60[ anos, inscritas na USF Villa Longa.

O objetivo geral definido para esta fase foi o de: “Identificar os fatores que interferem na prevenção do CCU nas mulheres com idades compreendidas entre os [25; 60[ anos, inscritas na USF Villa Longa”; estabelecendo-se como objetivos específicos: 1) identificar os conhecimentos da população alvo sobre o HPV e o CCU; 2) determinar os comportamentos de procura de saúde relacionados com o CCU e 3) realizar uma intervenção na população alvo direcionada para a prevenção do CCU.

#### 3.1.1. Contextualização do local de estágio

Este projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido na USF Villa Longa, que está inserida no ACES do Estuário do Tejo, pertencente à ARSLVT. Abrange a freguesia de Vialonga, na qual estavam inscritos até ao final de 2015, 20.483 utentes, 10.784 do sexo feminino e 9.699 do sexo masculino.

Importa destacar que na idade ativa a população predominante é a feminina, com um pico de 1118 mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 39 anos, seguida por 933 mulheres com idades compreendidas entre os 40 e os 44 anos e 858 com idades compreendidas entre os 30-34 anos, estando todas inseridas na população alvo para o rastreio do CCU.

#### 3.1.2. Caracterização da população alvo

A população alvo consiste na população junto da qual se pretende obter informações, caracterizando-se por ser um grupo de pessoas ou elementos com características comuns (Fortin, 2009). Relativamente à população alvo deste projeto, esta engloba utentes do sexo feminino inscritas na USF Villa Longa, com idades compreendidas entre os [25; 60[ anos, correspondendo a 5516 utentes, tendo-se definido como critérios de inclusão: estar inscrita na USF Villa Longa, ter entre 25 e 59 anos de idade, não ter patologia do colo do útero, não estar grávida e não ter realizado histerectomia. Como critério de exclusão definiu-se a existência de alguma perturbação psíquica, que impossibilitasse a sua participação.

Não sendo possível estudar toda a população alvo, estabeleceu-se uma amostra, que se caracteriza por ser um subgrupo da população acessível sobre a qual se realiza o estudo (Fortin, 2009).

O método de amostragem utilizado foi a amostragem acidental ou de conveniência, que se caracteriza por escolher indivíduos que estão presentes num determinado local e num preciso momento (Fortin, 2009). Foram selecionadas utentes das listas dos vários médicos, com consulta no dia de estágio, e que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão, existindo sempre a preocupação de cumprir as questões éticas associadas a um estudo deste âmbito. A amostra foi assim constituída por mulheres que cumpriam os critérios definidos e que aceitaram responder ao questionário durante o seu período de aplicação, tendo-se conseguido obter uma amostra de 75 utentes.

Sendo que uma investigação exige uma participação voluntária das pessoas (Fortin, 2009), para a constituição da amostra foram pedidas as autorizações às utentes, de forma a respeitar os seus direitos. Foi elaborado um consentimento informado e entregue previamente às mulheres que aceitaram participar no estudo (Apêndice VI).

### 3.1.3. Instrumento e procedimento de colheita de dados

Como instrumento para a recolha de dados foi usado o inquérito por questionário, intitulado *“Cancro do colo do útero: conhecimentos e comportamentos”*, com o intuito de determinar quais os conhecimentos e comportamentos das mulheres inscritas na USF Villa Longa sobre o CCU e sua prevenção. Este questionário já estava validado, tendo sido utilizado no âmbito de uma tese de mestrado, realizada no âmbito do Mestrado em Saúde e Desenvolvimento da Universidade Nova, em 2006, da autoria de Neida Neto Vicente (Anexo 1). É composto por duas partes: a primeira corresponde à caracterização sociodemográfica da amostra e a segunda identifica os seus conhecimentos e comportamentos no que diz respeito ao CCU, nomeadamente: familiarização com a patologia, fatores de risco, sintomatologia, associação ao HPV, diagnóstico, prevenção, rastreio, consequências da doença, obtenção de informação sobre a patologia, atuação face a uma infeção vaginal e necessidade de esclarecimentos.

Foi previamente pedida autorização à autora do questionário para a sua utilização (Apêndice I e II), assim como do Coordenador da USF onde este foi aplicado (Apêndice III e IV). Foi também pedida autorização à Comissão de Ética da ARSLVT para realização do estudo (Apêndice V). Para a aplicação do questionário informaram-se as utentes sobre o estudo, foi-lhes questionado se queriam participar e, no caso de aceitarem participar, foi-lhes entregue o consentimento informado (Apêndice VI). Para evitar algum tipo de constrangimento, o questionário foi-lhes entregue, sendo assim um questionário de auto-preenchimento sendo devolvido à autora do estudo no final do preenchimento. Os consentimentos informados foram colocados aleatoriamente num envelope e os questionários noutra, de forma a garantir o anonimato das participantes. Foram tomadas todas as precauções no sentido de respeitar as utentes, a sua liberdade de escolha e a sua privacidade, indo de encontro aos princípios éticos e deontológicos descritos no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros.

#### 3.1.4. Apresentação dos resultados

O tratamento estatístico dos dados, que em seguida se enuncia, foi realizado através do Excel, tendo sido apresentado através de tabelas e gráficos de barras, que se encontram em Apêndice.

Em relação aos dados sociodemográficos, foi pedido às mulheres da amostra a identificação da idade, habilitações literárias, profissão, estado civil e n.º de filhos. A maioria das inquiridas tinha idades compreendidas entre os 35-39 anos (28%) e os 40-44 anos (18,7%), com predomínio da conclusão do ensino Secundário (45,3%). Quanto à profissão, 33,3% enquadravam-se no Pessoal Administrativo, seguida de Técnicos e profissões de nível intermédio (17,3%). A maioria das mulheres era casada (54,7%) e tinha entre 1 (40%) e 2 filhos (40%) – Apêndice VII.

No que diz respeito à segunda parte do questionário, estava direcionada para perceber os conhecimentos e os comportamentos que as mulheres tinham relacionados com o CCU. Constatou-se que todas as inquiridas já tinham ouvido falar desta patologia (100% de respostas afirmativas) (Apêndice VIII). Quando questionadas sobre os fatores de risco associados ao CCU, existem respostas

múltiplas, com 53% das respostas a incidirem sobre múltiplos parceiros sexuais, 35,6% sobre a idade, 5,7% na falta de exercício físico e 5,7% não respondeu (Apêndice IX).

Em relação à existência de sintomas associados ao CCU, 58 mulheres (77,3%) considera que existem sintomas, 15 mulheres (20%) dizem que não e 2 (2,7%) não respondem (Apêndice X). Das 58 mulheres que responderam afirmativamente, a grande maioria selecionou como sintoma a perda de sangue anormal (70,5% das respostas), tendo ainda sido escolhido, em paralelo ou isoladamente, a ausência de menstruação (11,5%), a infecção urinária (10,3%) e o ardor (5,1%) – 2,6% não respondeu (Apêndice XI).

Quando questionadas sobre a associação do CCU a um vírus, 72% das mulheres identificaram essa associação e 24% responderam não existir uma associação (Apêndice XII). Das 54 mulheres (72%) que estabeleceram a ligação do CCU a um vírus, 77,8% associaram-no ao vírus do Papiloma Humano (HPV), 9,3% ao Síndrome de Imunodeficiência Humana (SIDA), 5,6% ao Herpes, 1,9% a Hepatite e 5,6% não respondeu (Apêndice XIII).

Relativamente ao método de diagnóstico do vírus responsável pelo CCU, houve várias mulheres a optarem por mais do que um método de diagnóstico, sobressaindo, no entanto, a citologia, com 66,7% das respostas, seguido de ecografia pélvica, com 14,6%, análises ao sangue, com 10,4%, análises à urina, com 6,3%, e radiografia, com 1% das respostas (Apêndice XIV).

Quanto à questão que abordava a vacinação como um método de prevenção do CCU, 81,3% das mulheres inquiridas concordou que a vacinação era uma das formas de prevenir o aparecimento do cancro do colo, 16% discordou e 2,7% não respondeu (Apêndice XV). Das 61 mulheres (81,3%) que responderam afirmativamente, a maioria, 64%, respondeu que a vacina deveria ser feita antes do início da atividade sexual, 22,9% responderam em qualquer idade, 11,5% responderam “após o início da atividade sexual” e 1,6% não respondeu (Apêndice XVI).

Relativamente à altura em que se deve iniciar o rastreio do CCU, 45,3% das mulheres respondeu após o início da atividade sexual, 25,3% respondeu depois dos 18 anos, 22,7% respondeu antes do início da atividade sexual, 5,4% respondeu na menopausa e 1,3% não respondeu (Apêndice XVII). Quando



questionadas sobre a realização do rastreio do CCU, 61,3% das mulheres referiram já terem realizado o rastreio e 38,7% que nunca o tinham feito (Apêndice XVIII). Das mulheres que responderam já ter realizado o rastreio do CCU, 50% referiu fazê-lo anualmente, 32,6% de 2 em 2 anos, 13% de 3 em 3 anos, 2,2% de 5 a 10 anos e 2,2% não respondeu (Apêndice XIX). Em relação à regularidade recomendada para a realização do rastreio do CCU, mais uma vez a maioria das mulheres, 61,3%, respondeu de ano a ano, 29,3% de 2 em 2 anos, 6,7% de 3 em 3 anos e 2,7% não respondeu (Apêndice XXI). Quanto à designação que o exame do rastreio do CCU tem, 74,7% das mulheres identificaram-no como sendo o Papanicolau, 10,7% como cistoscopia e 14,7% não respondeu (Apêndice XX).

Sobre a obtenção de informações sobre o CCU, para 72% das mulheres inquiridas é fácil obter informações sobre esta doença e para 28% não o é (Apêndice XXII). No que se refere à forma de obter essas informações, é possível constatar que existe uma igualdade no acesso à informação através dos Meios de comunicação (36,3%) e do Centro de Saúde/Planeamento Familiar (36,3%), seguido do acesso à informação pelo ginecologista (24,2%) (Apêndice XXIII).

A maioria das mulheres está desperta para a gravidade desta doença, sendo que 90,7% das inquiridas aponta a morte como consequência da deteção tardia do CCU, contra 1,3% que acham que a deteção tardia é inofensiva e 1,3% que acham que pode apenas causar um desconforto ligeiro – 6,7% que não responderam (Apêndice XXIV).

Em relação à questão do que fazem as inquiridas quando se apercebem que têm uma infeção vaginal, existe um predomínio da resposta “recorre a um profissional de saúde” (87,2%), seguido de “procuro resposta na medicina natural” (5,1%) e “guardo que a infeção se resolva espontaneamente” (3,8%) (Apêndice XXV).

Por fim, quando questionadas sobre as dúvidas que gostariam de ver esclarecidas sobre o CCU, percebe-se aqui que as necessidades são muitas, pois existiram várias mulheres a selecionarem duas ou mais opções. Assim, de um total de 151 respostas de 72 mulheres (pois 3 não responderam), destaca-se a necessidade de mais informação sobre os sinais e sintomas (35,8%), sobre

as formas de prevenção (23,8%), causas (21,9%) e exames de diagnóstico (16,6%) (Apêndice XXVI).

### 3.1.5. Análise e discussão dos dados

Relativamente à idade das inquiridas, constatou-se que a maioria das mulheres tinha idades compreendidas entre os 35-39 anos (28%) e os 40-44 anos (18,7%) o que traduz a realidade da USF Villa Longa, onde a maioria das mulheres inscritas tem entre os 35-39 anos (1118), seguido de mulheres com 40-44 anos (933). Também o predomínio do estado civil “Casada” (54,7%) e do número de filhos “1” (40%) vai de encontro à realidade portuguesa, sendo que a maioria da população é casada (INE, 2013a) e tem em média 1,03 filhos (INE, 2013b).

Em relação à temática em estudo, verificou-se que 100% da amostra já tinha ouvido falar do CCU, identificando como principais fatores de risco do CCU: múltiplos parceiros sexuais (53%) e a idade (35,6%). Quando questionadas sobre a associação do CCU a um vírus, 72% das mulheres identificaram essa associação, estabelecendo na sua maioria (77,8%) a ligação ao vírus do Papiloma Humano (HPV). De facto, sendo o CCU consequência de uma infeção persistente do colo do útero pelo vírus do Papiloma Humano (HPV) e sendo esta a infeção sexualmente transmissível mais frequente, um dos principais fatores/comportamentos de risco é um maior número de parceiros sexuais (Harper, 2007; Teixeira, 2012). Estes resultados vão de encontro aos achados do estudo realizado por MacLaughlin et al. (2011), onde a maioria das 335 pacientes sabia que o HPV causava o CCU (75,7%), mas distinguem-se de muitos outros estudos. Num estudo conduzido na Grã-Bretanha por Waller et al. (2004) foi possível verificar que a consciência do papel de um vírus transmitido sexualmente na etiologia do cancro do colo do útero era muito baixa, sendo que, apesar de 41% dos entrevistados ter relacionado o CCU com fatores relacionados ao sexo, apenas 14% estavam cientes de uma ligação com a transmissão sexual e menos de 1% dos entrevistados relacionou o HPV ao CCU. Nesse mesmo estudo, quando questionadas as mulheres sobre o que achavam que podia causar o risco de desenvolver CCU, a resposta mais comum foi “Não sei” (38,1%), seguido por “Ter muitos parceiros sexuais” (25,2%). Também no

estudo de Marel e Moite (2014), apesar de se verificar que o fator de risco que as mulheres mais associavam ao CCU era o de múltiplos parceiros (19%), só 7,6% associava o HPV ao CCU. Estes resultados tão distintos podem prender-se com a realidade de cada país e os locais onde os estudos foram desenvolvidos e o investimento feito em cada um deles no que diz respeito ao CCU, existindo ainda assim um percurso a ser feito em todo o Mundo, sendo mais significativo em alguns países. Quanto à idade, não é isoladamente um fator de risco, mas se contextualizada em determinados parâmetros pode ser considerada. Sabe-se que a idade do parceiro sexual e idade da coitarca, se muito prematura, podem ser encarados como fatores de risco para a transmissão do HPV. Por outro lado, também se sabe que mulheres com idade superior a 35 anos estão mais propensas a desenvolver CCU do que as mulheres mais jovens, embora o HPV seja contraído bem mais cedo (Harper, 2007; Odetola, 2011). Num estudo desenvolvido por Lazcano-Ponce et al. (2010) foi possível verificar que a prevalência de alterações nas citologias das mulheres estudadas foi maior nas mulheres com idades compreendidas entre os 41-45 anos (2,5%; 95 % IC: 2,1-2,7).

Relativamente ao método de diagnóstico do vírus responsável pelo CCU, a maioria das mulheres selecionou a citologia, com 66,7% das respostas nesse sentido, sendo que 74,7% das mulheres identificou o Papanicolau como sendo a designação corretamente do exame do rastreio do CCU. Estes resultados são idênticos aos referenciados noutros estudos. No estudo desenvolvido por Daley et al. (2013) os autores constataram que a maioria das participantes dos três estudos (75%-84%) responderam corretamente que o Papanicolau era um exame para o rastreio do CCU. No estudo de Marel e Moite (2014), também foi possível constatar que mais de 60% das inquiridas sabiam da existência do Papanicolau e sabiam porque era feito.

Em relação à altura em que se deve iniciar o rastreio do CCU, a maioria das mulheres (45,3%) respondeu acertadamente ao escolher a opção de após o início da atividade sexual, sendo que apesar de 61,3% das mulheres já terem realizado o rastreio do CCU, existiam ainda 38,7% que nunca o tinham feito. O facto de na atualidade ainda existirem tantas mulheres que ainda não realizam o rastreio do CCU é uma preocupação, partilhada não só pelos profissionais de

saúde, como pela DGS, que estabelece os rastreios oncológicos de base populacional como uma prioridade. Importa por isso tentar perceber o porquê da não realização deste rastreio, quando no estudo se evidencia que 90,7% aponta a morte como uma consequência da deteção tardia do CCU. Diniz et al. (2013) referem que as mulheres que participaram no seu estudo expressaram que os seus valores culturais, o acesso ao serviço de saúde, o ter emprego e os filhos eram impedimentos para a comparência no serviço de saúde e realização do rastreio do CCU. White et al. (2012) destacam por outro lado que é importante desenvolver mais pesquisas que ajudem a compreender o papel desempenhado pelos membros da família e pares nas decisões das mulheres de apresentar para triagem inicial e cuidados posteriores. Outra situação importante é a de tentar perceber se existem perceções erradas associadas ao exame ou o que pode ser impeditivo para a sua realização, sendo que, apesar de este ser um exame aparentemente simples, é um momento delicado para a mulher, estando muitas vezes associado a sentimentos como a ansiedade, o medo e a vergonha (Prado et al., 2009).

Das mulheres que responderam já ter realizado o rastreio do CCU, 50% das inquiridas referiu fazê-lo anualmente. Quando questionadas sobre a regularidade recomendada para a realização do rastreio do CCU, mais uma vez a maioria das mulheres, 61,3%, respondeu de ano a ano, e só 6,7% respondeu de 3 em 3 anos, a periodicidade realmente certa para a realização do rastreio. Evidencia-se assim uma confusão quanto à regularidade da realização do rastreio do cancro do colo do útero. De facto, o que está recomendado é a realização do rastreio por citologia cervical de três anos, após dois exames anuais negativos (PON 2001-2005). Porém, apesar da maioria das inquiridas responder que o rastreio deve ser feito anualmente e de o terem feito com essa periodicidade, os dados de 2015 da USF Villa Longa relativos ao indicador de proporção de mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 59 anos com colpocitologia atualizada, não vão nesse sentido, sendo que apenas 56,5% tem o exame atualizado. Decorre daqui a necessidade de perceber o que pode ser melhorado e que estratégias se podem adotar para a sensibilização e para o acompanhamento destas mulheres, nomeadamente no que diz respeito aos resultados, sendo que muitas vezes estes não chegam a ser transmitidos aos

profissionais de saúde, o que pode comprometer o tratamento atempado de lesões pré-cancerígenas. Importa por isso também ponderar estratégias de follow-up destas mulheres, após a realização do Papanicolau. No estudo desenvolvido por Stormo et al. (2014), no Brasil, verificou-se que 88.1% das unidades de cuidados de saúde primários, que realizavam atividades de sensibilização ou de recrutamento para o rastreio do CCU, providenciavam follow-up a pacientes que não tinham regressado para discussão dos resultados do Papanicolau, usando sobretudo as visitas domiciliárias como principal método de abordagem às mulheres que não tinham regressado às unidades de saúde para discutir os resultados do teste do Papanicolau (89,5 %).

Relativamente à vacinação como um método de prevenção do CCU, o estudo permitiu constatar que as mulheres estão, na sua maioria, bem informadas, verificando-se que 81,3% das mulheres sabia que a vacinação era uma das formas de prevenir o aparecimento do CCU e que destas 64% sabiam que deveria ser feita antes do início da atividade sexual. Esta realidade poderá estar ligada à introdução no mercado da vacina contra o HPV e à publicidade a ela associada, aumentando assim o conhecimento sobre este vírus e sobre o CCU (MacLaughlin et al., 2011). Em Portugal a vacina é administrada gratuitamente, pelo PNV, apenas às adolescentes do sexo feminino, dos 10 aos 13 anos de idade inclusive (podendo ser iniciada até aos 18 anos de idade exclusive e completada até aos 25 anos de idade inclusive). No entanto, cada vez mais se reforça a importância da sua administração a outros grupos, nomeadamente adolescentes rapazes e homens e mulheres sexualmente ativos. Assim, apesar de o correto ser administrar a vacina antes do início da atividade sexual, potenciando a proteção das adolescentes contra o HPV, poderá decorrer destas exceções, não contempladas pelo PNV, o facto de 22,9% das mulheres ter respondido que a vacina poderia ser feita em qualquer idade. Seja como for, importa destacar que, mesmo sendo vacinadas, estas adolescentes/jovens mulheres, deverão também iniciar a realização do rastreio do CCU após o início da atividade sexual. Salz et al. (2010) referem neste sentido que os profissionais de saúde devem aconselhar as mães a administrarem a vacina contra o HPV às suas filhas adolescentes e que devem incentivá-las a realizar o Papanicolau quando for apropriado.

A informação sobre o CCU parece assim estar mais disponível, sendo essa a opinião de 72% das mulheres inquiridas. Os meios de comunicação e o Centro de Saúde/Planeamento Familiar destacam-se como as fontes onde essa informação se obtém mais facilmente, sendo assinalado por 36.3% (em *ex aequo*) das mulheres do estudo. Destas respostas emergem essencialmente duas questões. A primeira, o facto de os meios de comunicação desempenharem um papel tão importante no esclarecimento das pessoas no que se refere às patologias e à informação a elas ligada. E se por um lado essa realidade pode traduzir uma maior facilidade no acesso à informação, por outro lado também se sabe que a qualidade da informação pode variar de acordo com as fontes de onde provém essa informação e com a interpretação que se faz da informação apresentada. A segunda, o que pode ser melhorado a nível da Promoção da Saúde e da EpS acerca do CCU nos CSP, para assegurar que um maior número de mulheres considere ser fácil obter informação sobre o CCU e identifique que já foi informada sobre esta patologia e/ou procure essa informação junto do seu médico e enfermeiro de família. Peixoto (2013) identificou esta mesma necessidade no seu estudo, concluindo que os profissionais de saúde não realizam EpS nas áreas do cancro e do cancro do colo do útero. Por outro lado, percebe-se que essa necessidade é menos evidente quando as mulheres são seguidas em consultas específicas, como de infeciologia. Marel e Moite (2014), verificaram no seu estudo que as mulheres que eram vigiadas numa consulta de HIV estavam mais bem informados sobre o CCU e rastreio do CCU quando comparadas com mulheres de estudos anteriores, com um status de HIV desconhecido. As autoras verificaram que uma elevada percentagem das mulheres conhecia o CCU (78,75), a maioria tinha ouvido falar do CCU pelo seu médico ou enfermeiro (61%).

Percebe-se assim, que os profissionais de saúde são reconhecidos como detentores de informação e de respostas face a situações de doença, realidade evidenciada quando se inquiriu as mulheres do que faziam quando se apercebiavam que tinham uma infeção vaginal, tendo 87,2% respondido que recorriam a um profissional de saúde. No entanto, quatro mulheres (5,1%) também responderam em paralelo procurarem resposta na medicina natural, espelhando o uso de medicinas complementares e alternativas que cada vez

mais se torna uma opção. Ainda assim, Downey (2009) refere que a maioria das pessoas usam estas medicinas de forma complementar ao tratamento convencional ao invés de alternativas.

São assim muitas as dúvidas e as necessidades de esclarecimento relativas aos conhecimentos e comportamentos de saúde relacionados com o CCU, sendo destacado pelas participantes a necessidade de mais informação sobre os sinais e sintomas (35,8%), seguida das formas de prevenção (23,8%), das causas (21,9%) e dos exames de diagnóstico (16,6%), cabendo aos profissionais de saúde a responsabilidade de fazer chegar, da melhor forma, essa informação à população.

#### 3.1.6. Identificação dos problemas

Da análise e tratamento dos dados, é possível identificar os seguintes problemas decorrentes dos conhecimentos e comportamentos relacionados com o CCU:

- Apenas 53% da amostra identificou “múltiplos parceiros sexuais” como fator de risco para o CCU – desconhecimento dos principais fatores de risco;
- 20% desconhece a existência de sintomas associados ao CCU – atraso no diagnóstico e no tratamento atempado;
- 24% não associa o CCU a um vírus e de 72% que associa a um vírus, só 77,8% relaciona com o HPV – desconhecimento do que é o HPV e de que este é a principal causa do CCU, com consequente dissociação dos fatores de risco;
- Só 66,7% identifica a citologia como método de diagnóstico do vírus associado ao CCU – reforçando o desconhecimento da relação entre o HPV e o CCU;
- Apenas 74,7% identifica corretamente a designação do exame do rastreio do CCU – ao desconhecerem o nome do exame não conseguem estabelecer uma relação com as implicações da não realização da citologia/papanicolau;
- Só 45,3% identifica corretamente a altura recomendada para o início do rastreio do CCU – não estabelecem a relação entre o HPV (e sua principal forma de transmissão) e o CCU;

- Apenas 6,7% sabe qual a regularidade recomendada para a realização do rastreio – informação incorreta sobre a periodicidade do exame, sendo que a maioria o faz com um intervalo de um ano (61,3%), o que gera desperdício de tempo e recursos;
- 38,7% nunca fez o rastreio do CCU – pela idade são mulheres elegíveis para o rastreio do CCU – e 50% do número de mulheres que realizaram o rastreio do CCU fizeram-no anualmente – acentua-se mais uma vez a informação incorreta sobre a periodicidade recomendada para a realização do exame;
- 28% considera ser difícil obter informação sobre o CCU – dificuldade em aceder a informações;
- Só 36,3% das respostas incidem na obtenção de informação sobre o CCU no Centro de Saúde/Planeamento familiar – Necessidade de melhorar o acesso e partilha de informação neste local;
- Existe uma grande necessidade de esclarecimento de dúvidas associadas ao CCU, com particular relevância dos sinais e sintomas (35,8% das respostas).

Utilizando a linguagem CIPE versão2 (2011), estes problemas podem ser traduzidos em:

- Défice de conhecimentos relacionado com os fatores de risco do CCU;
- Défice de conhecimentos relacionado com a sintomatologia associada ao CCU;
- Défice de conhecimentos relacionado com a associação do HPV ao CCU;
- Défice de conhecimentos relacionado com o método de rastreio do CCU.

Dos problemas enunciados, tendo em conta o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender e utilizando a taxonomia da CIPE versão 2 (Ordem dos Enfermeiros, 2011a), decorre o seguinte diagnóstico de enfermagem:

- Défice de conhecimentos acerca da relação entre o HPV e o CCU, dos fatores de risco, da sintomatologia e método de diagnóstico do CCU.



### **3.2. Definição de prioridades**

Após a seleção dos problemas mais relevantes e a realização do diagnóstico de situação, devem definir-se as prioridades em termos de atuação. A determinação das prioridades consiste num processo de tomada de decisão com recurso ao uso de critérios (Tavares, 1990).

Segundo Nunes (2016) são várias as dimensões a atender para se definirem prioridades, nomeadamente, o tempo, os recursos, a perceção que a comunidade tem do problema de saúde, a aceitação das atividades de intervenção propostas, entre outras. Refere o mesmo autor que no planeamento em saúde se devem ter em conta três critérios clássicos: a magnitude, que caracteriza a dimensão da doença e das suas consequências, a transcendência, que corresponde aos danos/malefícios que o problema de saúde pode causar e a vulnerabilidade, que se relaciona com a possibilidade de prevenir a doença total ou parcialmente.

Assim, para a realização da priorização dos problemas estabelecidos anteriormente, foi escolhido o método da grelha de análise. Este método permite determinar prioridades de acordo com 4 critérios: a Importância do problema, a Relação problema/ fator de risco, a Capacidade técnica de resolver o problema e a Exequibilidade do projeto ou intervenção. Cada problema identificado deve responder a cada um dos critérios com a classificação mais (+) ou menos (-), obtendo-se no final o resultado a partir dos valores presentes na própria grelha, sendo o valor 1 a prioridade máxima (Tavares, 1990).

Em relação à Importância do problema, a prioridade foi determinada de acordo com os resultados obtidos pela aplicação dos questionários. Para avaliar a Relação problema/fator de risco para cada um dos problemas foi tido em conta a relação existente entre o problema identificado e a possibilidade de ocorrência do CCU. No que diz respeito ao critério de Capacidade técnica para resolver o problema teve em conta onde era mais importante intervir em termos de prevenção do CCU. E por fim, para o critério Exequibilidade foi ponderado o período de tempo existente para a operacionalização da intervenção e também as competências profissionais e académicas da mestranda para intervir em cada um dos problemas identificados.

A classificação de cada um dos problemas de acordo com os 4 critérios definidos está presente na Tabela N.º 6 (APÊNDICE XXVIII), sendo possível determinar como problemas prioritários o défice de conhecimentos relacionado com os fatores de risco do CCU, o défice de conhecimentos relacionado com a associação do HPV ao CCU (sendo que estes dois problemas se relacionam entre si) e o défice de conhecimentos relacionado com o método de rastreio do CCU.

Todos estes problemas evidenciam a necessidade de Promoção da Saúde destas mulheres através de medidas de EpS que permitam que estas adquiram e melhorem os seus conhecimentos sobre o cancro do colo do útero, com reflexo no sucesso da prevenção primária e secundária. Daí que seja tão importante intervir nestes problemas tendo como sustentação o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, no sentido de promover nestas mulheres o desenvolvimento de recursos que mantenham ou aumentem a sua saúde e o seu bem-estar, tendo sempre em conta a sua complexidade e a forma como a comunidade onde está inserida influencia os seus comportamentos de saúde.

### **3.3. Fixação de objetivos**

A fixação dos objetivos é a terceira etapa do processo de Planeamento em Saúde. Estes caracterizam-se por serem o enunciado de um resultado desejável de um problema, alterando em princípio, a tendência da sua evolução (Imperatori e Giraldes, 1982). Com a determinação dos objetivos espera-se que haja uma transmissão de comportamentos e estados desejáveis na população alvo (Tavares, 1990).

Assim, face ao diagnóstico de enfermagem levantado e tendo por base o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, foi definido como objetivo geral:

- Capacitar as mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 59 anos, inscritas na USF Villa Longa, para a prevenção do CCU, no período compreendido entre Outubro de 2017 e Fevereiro de 2018.

Deste objetivo emergem os objetivos específicos, que se caracterizam por detalharem aspetos da situação que se pretende atingir e por serem

interdependentes e sequenciais, contribuindo para que o objetivo geral seja alcançado (Tavares, 1990). Assim, definiram-se como objetivos específicos:

- Melhorar os conhecimentos da população sobre o HPV e a sua relação com o CCU;
- Desenvolver os conhecimentos da população relacionados com os fatores de risco e prevenção do CCU;
- Desenvolver os conhecimentos da população sobre o rastreio do CCU;
- Aumentar a adesão ao rastreio do CCU;
- Sensibilizar a equipa multidisciplinar da USF Villa Longa para a pertinência do projeto de intervenção sobre o CCU.

Decorrente destes, torna-se também importante definir os objetivos operacionais ou metas, que determinam os resultados esperados com a execução das atividades (Tavares, 1990), traduzindo-se em indicadores de atividades (Imperatori e Giraldes, 1982). Neste sentido, estabeleceram-se como objetivos operacionais:

- Que pelo menos 75% da população saiba o que é o HPV, como se transmite e qual a sua relação com o CCU;
- Que pelo menos 75% da população saiba identificar os fatores de risco para o CCU;
- Que pelo menos 75% da população saiba identificar o método de rastreio do CCU;
- Que pelo menos 75% da população saiba quem deve realizar o rastreio do CCU e a sua periodicidade;
- Que pelo menos 50% da população com o rastreio do CCU em atraso aceite marcar consulta de Planeamento Familiar para realizar o mesmo;
- Que pelo menos 50% dos profissionais da USF esteja presente na apresentação feita sobre o desenvolvimento do projeto, para a discussão de estratégias de intervenção.

### **3.4. Seleção de estratégias**

Segundo Tavares (1990), nesta etapa determinam-se técnicas específicas e organizadas para responder aos problemas priorizados e alcançar os objetivos definidos.

Tendo em conta os problemas identificados, o tempo de estágio e os recursos disponíveis, optou-se pela Promoção da Saúde através da utilização de estratégias educativas. Stanhope e Lancaster (2011) referem que o processo educativo é construído a partir do conhecimento do que é a educação, a aprendizagem e de como é que as pessoas aprendem e que é a EpS que permite que as pessoas mudem os seus comportamentos.

A EpS traduz-se no desenvolvimento de atividades de forma intencional, com o objetivo de promover aprendizagens relacionadas com a saúde e a doença, que levem a mudanças no conhecimento, na compreensão e na forma de pensar e, consequentemente, de comportamento e de estilos de vida (Tones e Tilford, 1994).

Assim, para promover a aquisição/melhoria dos conhecimentos e a mudança de comportamentos de procura de saúde destas mulheres em relação ao CCU, é importante percebermos o que determina as crenças destas sobre esta patologia e de como intervir no sentido da mudança de comportamentos anteriores desajustados para comportamentos de promoção de saúde, seguindo a orientação do Modelo Teórico de Nola Pender. Essa intervenção deve ser feita a nível individual, aproveitando as consultas de Planeamento Familiar (PF) ou outros contactos oportunisticos para abordar a temática junto das mulheres, sobretudo junto das que faltam às consultas de PF, para as informar e esclarecer sobre o CCU e sobre a realização da colpocitologia; mas também em grupo, sendo este um método que permite uma participação e uma interação diferente, que também potencia a aquisição de conhecimentos e a reflexão sobre os comportamentos adotados até à data. Fernandes e Narchi (2007) referem neste sentido que existem várias estratégias que podem reduzir os fatores de risco para o CCU de entre as quais se destaca a realização de grupos educativos que permitam a discussão de temas como a prevenção do cancro ginecológico, sendo que estes grupos, para além de promoverem um espaço para a partilha

do conhecimento, possibilitam a proximidade entre os profissionais e os utentes e estimulam o autoconhecimento do corpo e da sexualidade, familiarizando a mulher com o rastreio e reduzindo medos associados que podem diminuir a adesão ao mesmo.

Também neste sentido, refere a Organização Pan-Americana da Saúde que a educação em saúde, o aconselhamento, o envolvimento da comunidade e a extensão de serviços, são componentes essenciais para assegurar a efetividade de um programa de prevenção e de vigilância do cancro do colo do útero (OPAS, 2016).

Assim, as estratégias selecionadas para este projeto refletem preocupação não só em relação ao conteúdo das sessões de EpS no que diz respeito ao CCU, no sentido da promoção da aquisição/melhoria dos conhecimentos e a mudanças nos comportamento desajustados, mas também ao impacto que estas têm numa dimensão individual e de grupo e de como fazer chegar a informação de forma mais eficaz à comunidade, traduzindo o que deve ser o trabalho do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (EEESP).

O EEESP tem um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Neste domínio específico da prevenção do CCU nas mulheres em idade adulta, a sua intervenção assenta sobretudo na promoção da saúde e da prevenção da doença, sendo fundamental o conhecimento que este tem das suas utentes, famílias e comunidade onde estas estão inseridas. É desse conhecimento, aliado às suas competências clínicas especializadas, que este consegue delinear estratégias e meios de intervenção que vão de encontro às necessidades educativas das suas utentes, tendo em conta as suas especificidades e complexidades, potenciando desta forma uma diminuição das taxas de incidência, morbilidade e mortalidade associadas ao CCU.

As estratégias e as atividades desenvolvidas neste sentido, e que decorrem dos objetivos específicos definidos, estão presentes no Apêndice XXX.

### **3.5. Preparação operacional - programação**

Segundo Imperatori e Giraldes (1982) a elaboração dos programas *“consiste essencialmente no estudo detalhado das atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que visa atingir um ou vários objetivos”* (p.11). Assim, nesta fase pretendeu-se estabelecer as atividades necessárias à execução das estratégias educativas selecionadas, focadas na EpS e orientadas pelo Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, de forma a atingir os objetivos operacionais definidos. Para tal, a planificação destas atividades seguiu a orientação de Tavares (1990), especificando o que deve ser feito, quem deve fazer, quando deve fazer, onde deve ser feito, como deve ser feito, objetivo e avaliação.

Espera-se que este projeto de intervenção comunitária promova a aquisição/melhoria dos conhecimentos e a mudança de comportamentos de procura de saúde relacionados com o CCU por parte das mulheres pertencentes à população alvo e que estas reconheçam a importância da realização do rastreio do cancro do colo do útero como forma de vigilância da sua saúde. No entanto, sabendo que para que a mudança de comportamentos seja mensurável é necessário tempo (Henriques, 2011) e que o período de intervenção associado a este projeto é limitado, foram estabelecidos objetivos que fossem exequíveis e mensuráveis, orientando assim as atividades a desenvolver e a sua posterior avaliação.

#### **Atividades realizadas:**

#### **Sessão de Apresentação do Diagnóstico da Situação de Saúde à Equipa da USF Villa Longa**

Numa primeira fase, houve a necessidade de realizar uma sessão de apresentação do diagnóstico da situação de saúde sobre o CCU na população alvo para todos os profissionais da unidade de saúde – enfermeiros, médicos e secretários clínicos. A apresentação foi feita no dia 10 de Outubro de 2017, na reunião semanal que se realiza na biblioteca da USF.

Esta sessão teve como objetivo sensibilizar a equipa multidisciplinar para a pertinência do projeto de intervenção sobre o CCU, pretendendo-se criar um envolvimento de toda a equipa no projeto que levasse à reflexão de estratégias a adotar para a melhoria da partilha de informação com a população sobre o CCU e da melhoria da adesão ao seu rastreio. Foi utilizado o método expositivo, com projeção de diapositivos no formato Power-Point, tendo-se gerado no final um pequeno debate sobre as etapas seguintes e as estratégias a desenvolver.

O plano da sessão encontra-se no Apêndice XXXI e os diapositivos da apresentação no Apêndice XXXII.

### **Sessões individuais de Educação para a Saúde sobre o CCU**

Tendo em conta os problemas identificados e as prioridades estabelecidas e com base na estratégia educativa selecionada, uma das atividades desenvolvidas foi a realização de sessões individuais de EpS sobre o CCU.

Referem Stanhope e Lancaster (1999) que muitas mulheres têm medos associados ao cancro, muitas vezes decorrentes de informações incorretas sobre a incidência, diagnóstico e tratamento do cancro, pelo que os enfermeiros comunitários devem educar a população feminina sobre os fatores de risco, sinais, sintomas e tratamento do cancro. As sessões individuais de EpS não só permitem educar nesse sentido, como permitem uma maior proximidade da mulher, o que facilita a partilha de dúvidas sobre o tema e a perceção de crenças que possam influenciar os seus comportamentos de saúde.

Assim, estas sessões de EpS tiveram como objetivo capacitar a população alvo para a prevenção do CCU, pretendendo-se que a população fosse capaz de identificar o que é o HPV, modos de transmissão e qual a relação com o CCU; identificar os fatores de risco do CCU; indicar as medidas preventivas do CCU; indicar qual o rastreio do CCU, quem o deve realizar e periodicidade de realização.

Para tal, determinou-se a realização de 30 sessões individuais de educação para a saúde sobre o CCU a mulheres com idades compreendidas entre os [25; 60[ anos, inscritas na USF Villa Longa, com consulta médica marcada (exceto consulta de Planeamento Familiar) e com colpocitologia em

atraso. Foram consultadas as listas dos médicos no dia anterior para ver as utentes marcadas para consulta médica e foi feita a seleção das utentes de acordo com os critérios: ter a colpocitologia em atraso, ter entre 25 e 59 anos de idade, não ter patologia do colo do útero, não ter realizado histerectomia e não estar grávida. Para além disso, era sempre validado previamente com o médico e o enfermeiro de família a pertinência de realizar a sessão àquela utente e depois na consulta médica ou de enfermagem era introduzido o tema e questionada a utente se queria realizar a sessão individual de educação para a saúde.

Estas sessões envolveram apenas a utente e a enfermeira mestranda e como recursos materiais foi necessário dispor de um gabinete da USF, do folheto informativo sobre o rastreio do CCU da USF Villa Longa e de material utilizado para a realização da colpocitologia para mostrar à utente caso esta tivesse dúvidas sobre o procedimento. Usou-se o folheto informativo já existente da USF Villa Longa sobre o “Rastreio do Cancro do Colo do Útero”, que foi reformulado com a enfermeira mestranda (Apêndice XXXVIII). As sessões tiveram a duração máxima de 15 minutos e foram realizadas no período entre Novembro e Janeiro de 2017. O plano operacional das sessões individuais de educação para a saúde está presente no Apêndice XXXIII.

Para avaliar a eficácia da sessão individual de educação para a saúde no que diz respeito à melhoria dos conhecimentos relacionados com o CCU, foi entregue às utentes no final da sessão um questionário para estas responderem (Apêndice XXXIV).

### **Sessão de grupo de Educação para a Saúde sobre o CCU**

Sabe-se que as sessões de grupo permitem a interação e a partilha de perceções e de experiências, o que potencia a aprendizagem. Por esse motivo também se optou pela realização de uma sessão de grupo de EpS sobre o CCU, com o objetivo principal de capacitar a população alvo para a prevenção do CCU, recorrendo a uma dinâmica de grupo que fosse promotora de aprendizagem. Como objetivos específicos esperava-se que a população conseguisse: identificar o que é o HPV, formas de transmissão e relação com o CCU; identificar quais os fatores de risco do CCU; indicar quais as medidas preventivas do CCU



e indicar qual o método de rastreio do CCU, quem o deve realizar e com que regularidade deve ser realizado.

Pela baixa adesão das utentes às sessões de grupo realizadas na USF Villa Longa, optou-se por articular com uma organização da comunidade para a realização da sessão. Assim, sabendo-se que a maioria das trabalhadoras na Junta de Freguesia estava inscrita na USF Villa Longa, articulou-se com a mesma no sentido de se realizar a sessão de grupo sobre o CCU às suas trabalhadoras. Depois da Junta de Freguesia de Vialonga ter aceite a proposta, foram efetuados contactos no sentido de encontrar um espaço adequado para o efeito e um horário que permitisse às trabalhadoras estarem presentes.

Programou-se a assim a realização de uma sessão de grupo de EpS no Salão Nobre da Junta de Freguesia de Vialonga, no dia 2 de Fevereiro, às 13h, com a duração de 30 minutos. Os recursos humanos envolvidos foram: enfermeira mestranda, enfermeira orientadora, elementos da Junta de Freguesia de Vialonga. Os recursos materiais foram: Salão Nobre da Junta de Freguesia de Vialonga, meios audiovisuais (computador e projetor multimédia) e folheto informativo sobre o rastreio do CCU. O plano operacional está presente no Apêndice XXXV. Para avaliar a eficácia da sessão, foi entregue no final um questionário para as trabalhadoras preencherem (Apêndice XXXVI).

Também foi elaborado para o efeito um cartaz de divulgação da sessão de grupo de educação para a saúde que foi enviado à Junta de Freguesia e que foi afixado no espaço onde as trabalhadoras se vestem e entregue (em formato de impressão menor) a cada uma das funcionárias (Apêndice XXXIX).

Foi ainda discutida a pertinência de aproveitar a apresentação em Power Point da sessão de grupo de educação para a saúde para passar na televisão da sala de espera, possibilitando a visualização da mesma por várias pessoas enquanto aguardam a sua vez para serem atendidas, sendo este um espaço de eleição para a EpS. Ficou em aberto essa hipótese, programando-se assim disponibilizar posteriormente o PowerPoint da sessão de grupo na pasta partilhada da USF.

### **Elaboração de um Poster sobre o CCU**

Foi elaborado um poster sobre o CCU, com um formato simples e uma linguagem acessível, para ser colocado na sala de enfermagem onde são realizadas as consultas de Saúde da Mulher, na USF Villa Longa (Apêndice XL), procurando-se que este fosse mais uma ferramenta de EpS.

### **3.6. Avaliação**

Como última etapa do planeamento temos a avaliação, que nos vai permitir verificar a eficácia do plano estabelecido e se foram atingidos os objetivos definidos. Pode ser quantitativa ou qualitativa e é feita calculando as taxas de execução das atividades propostas, através de indicadores de execução ou de atividades, definidos previamente (Nunes, 2016).

Foram desenvolvidas várias atividades no sentido de melhorar os conhecimentos e comportamentos relacionados com o CCU das utentes da USF Villa longa. No entanto, pela curta duração do período de intervenção, não é possível medir o impacto das intervenções adotadas na sociedade e na economia, mas certamente que existem ganhos nesse sentido, não só pelas sessões de educação para a saúde feitas e dos instrumentos criados (folheto e poster), mas também pela sensibilização da equipa da USF no sentido da importância de investir neste âmbito e de como intervir face às especificidades das suas utentes, evidenciadas com os resultados obtidos com a aplicação do questionário.

### **Sessão de Apresentação do Diagnóstico da Situação de Saúde à Equipa da USF Villa Longa**

Para o envolvimento da equipa da USF neste projeto, realizou-se uma sessão de apresentação do diagnóstico da situação de saúde relacionado com o CCU na nossa população alvo. Pretendia-se que do total de 29 profissionais da USF (entre enfermeiros, médicos e secretários clínicos) pelo menos 50% estivessem presentes, objetivo alcançado com a presença de 10 enfermeiras, 9 médicos, 7 secretários clínicos e ainda 2 internos, o que dá uma percentagem de adesão de 89,7%.

### **Sessões individuais de Educação para a Saúde sobre o CCU**

Programou-se inicialmente a realização de trinta sessões individuais de EpS, no entanto fatores como a não comparência das utentes às consultas marcadas e o bloqueio das agendas médicas por razões de ausência/férias e por contingência da gripe no período de realização do estágio, impediram a realização desse número de sessões, tendo sido realizadas 23 sessões. Ainda assim, foi possível alcançar o indicador de atividade pretendido de realizarem-se pelo menos 75% das sessões estipuladas inicialmente, com uma percentagem de realização de 76,7%.

Das 23 utentes que participaram nas sessões, 22 responderam corretamente à totalidade das questões do questionário entregue para avaliar os conhecimentos após a realização da sessão individual de EpS sobre o CCU, tendo-se atingido o objetivo inicial de pelo menos 75% responderem corretamente a todas as questões colocadas no final da sessão, com 95,7% das utentes a responderem corretamente à totalidade das questões. Para além da avaliação decorrente deste indicador de participação, importa referir que ao longo da sessão as utentes foram colocando dúvidas e questões sobre o tema, sendo essa interação também importante para o desenvolvimento dos seus conhecimentos sobre o CCU.

Relativamente ao objetivo de que pelo menos 50% aceitasse marcar nesse dia a consulta de Planeamento Familiar (de enfermagem e médica) para realização da colpocitologia, também se verificou o alcance do indicador com 20 utentes a ficarem com consulta marcada, o que dá 87% de adesão à marcação de consulta para realização da colpocitologia.

Ainda se pensou numa fase inicial também avaliar a comparência das utentes à consulta de enfermagem e médica de Planeamento Familiar e a realização da citologia, no entanto percebeu-se que as vagas para marcação de consulta de planeamento familiar até ao final do estágio não seriam tantas como as desejáveis, pelo que logo à partida, por contingência das listas, seria difícil alcançar um resultado satisfatório, pelo que acabou por não se proceder a essa avaliação.

### **Sessão de grupo de Educação para a Saúde sobre o CCU**

Relativamente a esta atividade, foi desenvolvida, como planeado, em colaboração com a Junta de Freguesia de Vialonga, tendo sido realizada no Salão Nobre da mesma, com a participação das suas trabalhadoras. Das 11 trabalhadoras que estavam ao serviço nesse dia, 9 estiveram presentes na sessão. Para avaliar a eficácia da sessão no que diz respeito à aquisição de conhecimentos sobre o CCU, aplicaram-se os questionários individuais elaborados para o efeito, sendo que das 9 trabalhadoras, 7 responderam corretamente a todas as questões do questionário e 2 erraram 1 das questões, o que dá uma percentagem 77,8% das trabalhadoras a responderem corretamente à totalidade das questões, sendo o objetivo de pelo menos 75%, o que evidencia aquisição de conhecimentos relacionados com o CCU.

No questionário também se pedia para as trabalhadoras identificarem a Unidade de Saúde Familiar à qual pertenciam, confirmando-se a perceção de que a maioria das trabalhadoras da Junta de Freguesia de Vialonga eram utentes da USF Villa Longa.

Para não se tornar exaustivo, não foi aplicado nenhum inquérito de satisfação, no entanto é importante referir que as trabalhadoras manifestaram no final da sessão que gostaram muito da mesma e pediram que fossem realizadas mais sessões, indicando temas que gostariam que fossem abordados, o que reforça a satisfação com a intervenção desenvolvida.

### **Elaboração de um Poster sobre o CCU**

O poster sobre o CCU foi elaborado, tendo tido autorização dos elementos do Conselho Técnico da USF Villa Longa para ser impresso e afixado. Foi também apresentado à equipa, para divulgação e esclarecimento do seu conteúdo.

Em relação às sessões realizadas, apresenta-se de seguida um quadro síntese (Quadro 1), onde estão descritas as metas, os indicadores de avaliação (de atividade, participação e adesão), os resultados e a avaliação.

Atividade	Metas	Indicadores de Avaliação	Resultados	Avaliação
<b>Sessão de Apresentação do Diagnóstico da Situação de Saúde à Equipa da USF Villa Longa</b>	- Que pelo menos 50% dos profissionais da USF estejam presentes na Sessão de Apresentação do Diagnóstico da Situação de Saúde.	<b>Atividade:</b> (n.º de sessões realizadas/n.º de sessões previstas) x 100	<b>Atividade:</b> (1/1) x 100 = 100%	Objetivo alcançado
		<b>Adesão:</b> (n.º de profissionais da USF presentes na sessão/ n.º total de profissionais da USF) x 100	<b>Adesão:</b> (26/29) x 100 = 89,7%	Objetivo alcançado
<b>Sessão Individual de EpS sobre o CCU</b>	- Que pelo menos 75% das sessões programadas sejam realizadas.	<b>Atividade:</b> (n.º sessões realizadas/ n.º de sessões programadas) x 100	<b>Atividade:</b> (23/30) x 100 = 76,7%	Objetivo alcançado
	- Que pelo menos 75% da população saiba o que é o HPV, como se transmite e qual a sua relação com o CCU; - Que pelo menos 75% da população saiba identificar os fatores de risco para o CCU; - Que pelo menos 75% da população saiba identificar o método de rastreio do CCU; - Que pelo menos 75% da população saiba quem deve realizar o rastreio do CCU e a sua periodicidade.	<b>Participação:</b> (n.º participantes que respondeu corretamente a todas as questões/n.º total de participantes) x 100	<b>Participação:</b> (22/23) x 100 = 95,7%	Objetivo alcançado
	- Que pelo menos 50% da população aceite marcar consulta de Planeamento Familiar para realizar a colpocitologia.	<b>Adesão:</b> (n.º de participantes que ficam com consulta de PF marcada / n.º total de participantes) x 100	<b>Adesão:</b> (20/23) x 100 = 87%	Objetivo alcançado
<b>Sessão de Grupo de EpS sobre o CCU.</b>	- Que pelo menos 75% da população saiba o que é o HPV, como se transmite e qual a sua relação com o CCU; - Que pelo menos 75% da população saiba identificar os fatores de risco para o CCU; - Que pelo menos 75% da população saiba identificar o método de rastreio do CCU; - Que pelo menos 75% da população saiba quem deve realizar o rastreio do CCU e a sua periodicidade.	<b>Atividade:</b> (n.º de sessões realizadas/n.º de sessões previstas) x 100	<b>Atividade:</b> (1/1) x 100 = 100%	Objetivo alcançado
		<b>Participação:</b> (n.º participantes que responderam corretamente a todas as questões/n.º total de participantes) x 100.	<b>Participação:</b> (7/9) x 100 = 77,8%	Objetivo alcançado

**Quadro 1 – Avaliação das sessões realizadas.**

#### **4. LIMITAÇÕES DO PROJETO**

Desenvolver um projeto deste formato, sobretudo quando a experiência profissional é essencialmente hospital, acarreta mais desafios. Olhando para trás, e porque tive uma ótima equipa a acompanhar-me neste percurso, penso que as maiores dificuldades estiveram relacionadas com a metodologia do Planeamento em Saúde e com contingências associadas à execução/avaliação das sessões de EpS.

Em relação à execução das sessões individuais de EpS, as maiores limitações prenderam-se com o período de realização do estágio, existindo o bloqueio de algumas agendas em Dezembro, por motivo de férias, e em Janeiro e Fevereiro, por contingência da gripe, o que reduzia o número de marcações de consultas com antecedência e impedia que se validasse no dia anterior as listas médicas e de enfermagem para ver se, das utentes marcadas, existia alguma com a colpocitologia em atraso e, existindo, se pudesse falar com os respetivos enfermeiros e médicos de família sobre a pertinência de se realizar a sessão de EpS àquela utente. Por outro lado, também por motivo de bloqueio das agendas, não foi possível estabelecer indicadores de execução como inicialmente se tinha pensado, pois para além de se ter pensado em avaliar o número de utentes que saía da sessão de EpS com consulta de Planeamento Familiar marcada para realizar a colpocitologia, pretendia-se avaliar posteriormente a vinda das utentes à consulta, mas tal não foi possível, porque em Novembro já haviam muitos médicos sem vagas para Planeamento Familiar até meados de Fevereiro, sendo que nessa altura já o estágio teria terminado. Em relação à sessão de grupo de Eps, a maior dificuldade prendeu-se com a escolha de um local para a realização da mesma, uma vez que a experiência da USF era que as utentes não compareciam às sessões marcadas naquele espaço. Assim, optou-se por escolher uma organização da comunidade – a Junta de Freguesia de Vialonga – e articular com a mesma para que a sessão pudesse ser feita num local e num horário onde as senhoras comparecessem. A comunicação não foi tão célere quanto desejável, o que dificultou a marcação da sessão, mas no fim conseguiu-se uma boa articulação e a sessão de grupo correu muito bem.

## 5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E MESTRADO

Este estágio e o desenvolvimento deste projeto permitiram validar a complexidade associada a uma prática centrada nas pessoas, grupos e comunidade e de como o conhecimento dos processos de vida e dos problemas de saúde da pessoa determina a diferença no processo de saúde-doença não só desta, mas da restante família, com reflexo na comunidade onde esta está inserida. Essa realidade reforça a necessidade da especialização da enfermagem comunitária e de saúde pública, sendo necessário desenvolver competências comuns, nomeadamente ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais; e competências específicas, que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para esta especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

No âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (EEECSP), e no que diz respeito à prevenção do CCU, destaca-se a importância de uma atuação a nível primário e secundário, sendo para isso importante o EEECSPP conhecer a realidade das suas utentes, famílias e comunidade.

Em termos de prevenção primária, o EEECSPP desenvolve ações de sensibilização e de EpS sobre esta temática, tendo por base uma **avaliação de saúde da sua comunidade, que consegue estabelecer com base na metodologia do Planeamento em Saúde**. É através da realização do diagnóstico de saúde que este consegue perceber quais as prioridades em termos de intervenção e de como o fazer, adaptando neste caso a sua atuação à realidade da sua população e aos conhecimentos e comportamentos sobre o CCU evidenciados pela mesma, **contribuindo desta forma para o processo de capacitação dos indivíduos, grupos e comunidades**.

É ainda a este nível que o EEECSPP sensibiliza as suas utentes e famílias para a importância da vacinação contra o HPV quer das raparigas com 10 anos que têm a vacinação contra o HPV gratuita pelo Plano Nacional de Vacinação, quer dos rapazes, mulheres e homens de outras idades, que também podem fazer esta vacinação, devendo para isso falar com o seu médico assistente e juntos decidirem sobre a administração da mesma. Assegura desta forma não só o sucesso do programa de vacinação, **intervindo**, direta e indiretamente, **na eficácia (e eventual coordenação) dos Programas de Saúde de âmbito comunitário na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde** no que diz respeito às taxas de cobertura vacinal relacionadas com a vacina contra o HPV, como promove a adesão à vacina por parte de grupos que, não estando incluídos no Plano Nacional de Vacinação, são fundamentais no controlo do vírus e na incidência e prevalência do CCU.

A nível da prevenção secundária, no que diz respeito ao rastreio do CCU, o EEECSPP atua no sentido de alertar as suas utentes, famílias e comunidade para a importância da realização do rastreio, **capacitando-os mais uma vez para uma decisão consciente e informada** sobre as consequências da não realização do rastreio. E é esta capacitação e este envolvimento que permite uma evolução no número de mulheres rastreadas, **indo mais uma vez de encontro à consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde**. De acordo com a DGS (2017) estabelece-se como meta de saúde para 2020 a expansão da cobertura dos rastreios oncológicos de base populacional a todo o território Nacional e o aumento das taxas de cobertura geográfica de 100% para o rastreio do cancro da mama, do cancro do colo do útero e cancro do colon e reto. Neste sentido é preciso o EEECSPP trabalhar três realidades: conhecer os motivos da não adesão das utentes ao rastreio do CCU, assegurar que as raparigas, agora mulheres, que foram vacinadas reconheçam a importância da realização do rastreio e o realizem e continuar a desenvolver atividades de EpS sobre a temática com vista à capacitação dos grupos e comunidades.

Para além de tudo isto, ao desenvolver projetos desta natureza, que envolvem diagnósticos de saúde que permitem analisar, compreender e explicar os fenómenos de saúde-doença associados ao CCU, o EEECSPP acaba por



**realizar e cooperar na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico**, como aconteceu ao desenvolver este projeto.

E são todas estas intervenções, sustentadas pelos conhecimentos e pela perícia dos EEECS, que ajudam a promover a saúde da população e a alcançar as metas estabelecidas pela DGS, traduzindo-se a médio e longo prazo em efetivos ganhos em saúde.

Para além das competências específicas no âmbito da Enfermagem Comunitária, foram adquiridas e desenvolvidas em paralelo competências no âmbito do 2º ciclo de estudos, nomeadamente ao nível do conhecimento e capacidade de compreensão, desenvolvendo e aprofundando os conhecimentos adquiridos com o 1º ciclo e desenvolvendo investigação com impacto para a prevenção do cancro do colo do útero; ao nível da aplicação de conhecimentos e da sua compreensão/resolução em novas situações, como aconteceu com o desenvolvimento deste projeto, num contexto não familiar para a mestranda e em ambiente alargado, envolvendo a comunidade no mesmo; na tomada de decisões, através da demonstração da capacidade para integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, desenvolvendo soluções para as situações existentes, tentando com este trabalho conhecer quais os conhecimentos e comportamentos relacionados com o CCU das mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 59 anos, inscritas na USF Villa Longa, e de como isso influenciava a sua saúde e a adesão à vigilância da mesma e de acordo com essa informação desenvolver estratégias de intervenção que resultassem na capacitação das mulheres sobre a prevenção do CCU; a nível da comunicação, partilhando os conhecimentos sobre a temática de forma clara com as utentes, com a equipa de saúde e com os que no futuro venham a ler o relatório de estágio; e por fim ao nível das competências de auto-aprendizagem, focadas numa aprendizagem mais autónoma. Esta avaliação relaciona-se com os Descritores de Dublin para o 2º Ciclo, desenvolvidos pelo “Joint Quality Initiative Group” e permite que haja uma perceção das principais competências adquiridas e desenvolvidas com este ciclo de estudos traduzindo também o trabalho diferenciado que foi necessário desenvolver para chegar a esta fase.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CCU é uma doença que pode ser prevenida, no entanto a incidência e a mortalidade associada a esta doença ainda não são reflexo dessa realidade. Torna-se por isso importante continuar a investir na prevenção primária, pois só através da modificação dos conhecimentos e dos comportamentos de saúde das mulheres relacionados com o CCU e da capacitação destas para a promoção da sua saúde será possível reduzir a ocorrência da doença. Paralelamente, quando se investe na prevenção primária, através da Promoção da Saúde e da EpS, aumenta-se também a adesão e os resultados associados à prevenção secundária e que neste caso se prendem com o rastreio do CCU, através da realização da Colpocitologia.

É sobretudo nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) que se encontra a possibilidade de uma intervenção ao nível da promoção da saúde e da prevenção da doença, nomeadamente no que diz respeito ao CCU, pois existe uma relação de maior proximidade com as mulheres, a família e a comunidade, o que permite adequar as intervenções e obter melhores resultados. No entanto, uma intervenção eficaz, com o intuito de melhoria ou aquisição de saúde, carece de uma metodologia e nesse sentido a metodologia do Planeamento em Saúde é fundamental para o desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária, para que a planificação de intervenções seja adequada à realidade de cada população e que se traduza em efetiva melhoria da saúde das mesmas.

Em relação à temática do projeto, os resultados obtidos com a realização do diagnóstico da situação de saúde permitiram evidenciar que continua a ser necessário intervir de forma a melhorar os conhecimentos e os comportamentos de procura de saúde da população alvo no que diz respeito a esta patologia. O desconhecimento das mulheres no que diz respeito à relação entre o HPV e o CCU (24% não associa o CCU a um vírus e de 72% que associa a um vírus, só 77,8% relaciona com o HPV), aos principais fatores de risco (só 53% da amostra identifica "múltiplos parceiros sexuais" como fator de risco) ou ao método de rastreio do CCU (apenas 74,7% da amostra sabe a designação do rastreio; só 45,3% identifica corretamente a altura recomendada para o início do rastreio; apenas 6,7% sabe qual a regularidade recomendada para a realização do

rastreio), são alguns dos problemas identificados e sobre os quais se deve trabalhar. Porém, existem outros problemas evidenciados e que, apesar de não terem sido priorizados neste projeto, não deixa de ser importante refletir sobre os mesmos, nomeadamente a necessidade de melhorar o acesso e a partilha de informação ao nível dos CSP (28% considera ser difícil obter informação sobre o CCU; só 36,3% refere obter informação sobre o CCU no Centro de Saúde/Planeamento familiar) e o foco que ainda existe por parte da população mais direccionado para a expressão da doença do que para a prevenção da mesma, evidenciado por uma maioria das mulheres (35,8%) que referiu maior necessidade de esclarecimento em relação aos sinais e sintomas do CCU.

No que diz respeito à operacionalização da intervenção, as sessões de EpS desenvolvidas, permitiram trabalhar essencialmente sobre os problemas priorizados. No entanto, também permitiram dar resposta às dúvidas e questões das utentes sobre o CCU e que iam surgindo naturalmente, ao longo das sessões individuais e na sessão de grupo. E aqui é importante destacar que foi notório que a individualização e a proximidade nas sessões individuais e, por outro lado, o sentido de união e de identificação de um grupo, são condições promotoras de aprendizagem. Essa realidade foi notória no discurso das mesmas, no final das sessões, com evidente aquisição/melhoria dos conhecimentos sobre o tema, mas também tiveram reflexo nos resultados dos questionários, com 95,7% das utentes a responderem corretamente à totalidade das questões feitas sobre o CCU no final das sessões individuais de EpS e 77,8% a responderem corretamente à totalidade das questões no final da sessão de grupo.

Percebe-se assim que os CSP e em especial os profissionais que neles trabalham e que desenvolvem projetos cruciais no âmbito da promoção da saúde e da educação para a saúde. Destacam-se os EEECS, por possuírem competências que lhes permitem participar

*“na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde colectiva e ao exercício de cidadania.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

Com base na metodologia do Planeamento em Saúde, e tendo sempre por base um referencial teórico que orienta o seu pensamento e a sua tomada

de decisão, os EEECSPP conseguem avaliar o estado de saúde da sua comunidade e, com base nessa avaliação, desenvolverem uma intervenção com vista à melhoria do estado de saúde da mesma, capacitando os indivíduos, grupos e comunidade nesse sentido, à semelhança do que se pretendeu com o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária centrado na educação para a saúde na prevenção do cancro do colo do útero nas mulheres em idade adulta. Para além disso, é através destas intervenções que é possível assegurar a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde/Planos Oncológicos Nacionais, traduzida neste projeto pela melhoria da adesão das mulheres ao rastreio do CCU, com impacto na diminuição da incidência e da mortalidade associadas a esta patologia, e simultaneamente realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Como este projeto decorreu num período temporal mais alargado, pôde-se assistir a algumas alterações ao nível dos dados nacionais, com uma diminuição do número de óbitos por CCU a partir de 2014, e a alterações ao nível da adesão ao rastreio do CCU na USF onde foi desenvolvido este projeto, tendo havido em 2016 um aumento na adesão ao mesmo. Poderá estabelecer-se uma relação entre estes dados nacionais com o investimento feito na prevenção e alargamento da cobertura dos rastreios oncológicos de base populacional, ficando a faltar à data apenas a região de Lisboa e Vale do Tejo (apesar de estar estipulado o seu início para o final de 2017). E por outro, no que diz respeito aos dados da USF, uma relação entre estes e o investimento decorrente deste projeto e do Plano de Auditoria Interno, também focado nesta temática. Estas duas realidades permitem demonstrar que de facto, quanto maior o investimento feito nos CSP a nível da promoção da saúde e da prevenção da doença, nomeadamente no que diz respeito às doenças oncológicas, maiores os ganhos em saúde.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS (2015). *Bilhete de Identidade dos Indicadores de Contratualização dos CSP*. Lisboa: Ministério da Saúde.

American Cancer Society (2018). *What are the risk factors for cervical cancer?* Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/prevention-and-early-detection/cervical-cancer-risk-factors.html>

Baseman, J. & Koutsky, L. (2005). The Epidemiology of Human Papillomavirus Infections. *J Clin Virol*, 1, 16-24.

Basto, M. (2005). Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. *Enfermagem*, 23 (1), 25-41.

Bosch, F. & Iftner, T. (2005). *The aetiology of cervical cancer*. NHSCSP Publication n.º 22. Sheffield: NHS Cancer Screening Programmes.

Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades*. Loures: Lusociência.

Comissão de Vacinas da Sociedade de Infeciologia Pediátrica e da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2018). *Recomendações sobre vacinas extra programa nacional de vacinação*. Disponível em.

[http://www.spp.pt/UserFiles/file/Comissao\\_de\\_Vacinas/Vacinas%20extra-PNV%20-%20RecomendaCOes%20SIP-SPP%202018.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/Comissao_de_Vacinas/Vacinas%20extra-PNV%20-%20RecomendaCOes%20SIP-SPP%202018.pdf)

Daley, E., Perrin, K, Vamos, C., Hernandez, N., Anstey, E., Baker, E. ... Ebbert J. (2013). Confusion About Pap Smears: Lack of Knowledge Among High-Risk Women. *Journal of Women's Health*, 22 (1), 67-74.

Diniz, A., Xavier, M., Braga, P. & Guimarães, E. (2013). Assistência à saúde da mulher na atenção primária: prevenção do câncer do colo do útero. *Rev. APS*, 16(3), 333-337.

Direção-Geral de Saúde (2012.). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – Orientações Programáticas. Lisboa.

Direção-Geral de Saúde (2014). *Programa Nacional de Vacinação - Alteração do esquema da vacina contra Infecções por vírus do Papiloma humano (HPV)*. Norma número: 016/2014. Lisboa.

Direção-Geral de Saúde (2015). *A importância do rastreio atempado do cancro do colo do útero*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/a-importancia-do-rastreio-atempado-do-cancro-do-colo-do-utero.aspx>

Direção-Geral de Saúde (2016a). *PORTUGAL - Doenças Oncológicas em Números – 2015. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral de Saúde (2016b). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. RELATÓRIO 2015: Avaliação e Monitorização dos Rastreios Oncológicos Organizados de Base Populacional de Portugal Continental*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas - Relatório 2017*. Lisboa: DGS.

Diniz, A., Xavier, M., Braga, P. & Guimarães, E. (2013). Assistência à saúde da mulher na atenção primária: prevenção do câncer do colo do útero. *Rev. APS*, 16(3), 333-337.

Downey, L., Tyree, P. & Lafferty, W. (2009). Preventive Screening of Women Who Use Complementary and Alternative Medicine Providers. *Journal of Women's Health*, 18(8), 1133-1143.

Guvenc, G., Akyuz, A. & Yenen M. (2013). Effectiveness of Nursing Interventions to Increase Pap Smear Test Screening. *Research in Nursing & Health*, 36, 146–157.

Harper, D. (2007). Conversation with the Experts: Discusses the HPV Vaccine and the Prevention of Cervical Cancer. *Journal of Women's Health*, 16 (10), 1397-1401.

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3.ªed)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.

Institut Català d'Oncologia - ICO (2017). *Portugal Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2017*. Barcelona. Disponível em: [http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/PRT\\_FS.pdf](http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/PRT_FS.pdf)

Instituto de Patologia e Imunologia Molecular do Porto - IPATIMUP (2015). *Cancro ponto e vírgula*. Porto: Diário do Porto.

Instituto Nacional de Estatística - INE (2013a). População residente com 12 e mais anos de idade (n.º) por Local de residência (Cidade, NUTS – 2013) e Estado Civil; Decenal). Disponível em:

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008399&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008399&contexto=bd&selTab=tab2)

Instituto Nacional de Estatística - INE (2013b). *Inquérito à Fecundidade 2013 (Primeiros Resultados)*. Instituto Nacional de Estatística em parceria com a Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em:

<file:///C:/Users/hp/Downloads/27IFEC2013.pdf>

Instituto Nacional de Estatística - INE (2018). *Óbitos (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário e Causa de morte (Lista sucinta europeia); Anual*. Disponível em:

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008206&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008206&contexto=bd&selTab=tab2)

International Agency for Research on Cancer - IARC (2012). *GLOBOCAN 2012 – Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. [s.l.]: WHO.

Fernandes, R. & Narchi, N. (2007). *Enfermagem e saúde da mulher*. São Paulo: Manole.

Fortin (2003). *O processo de investigação, da concepção à realização*. 3ª Edição. Loures: Lusociência.

Fortin (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

George, F. (2011). *Sobre Determinantes da Saúde*. Lisboa: DGS. Disponível em: <file:///C:/Users/hp/Downloads/i019918.pdf>

Graveto, J. & Silva, M. (2016). Modelo Conceptual versus Modelo Oculto para a (na) Prática da Enfermagem, in: *Revista Pensar Enfermagem* (em linha), 12(2), 67-70. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/pe/index.asp?acao=showartigo&id\\_revistaartigo=11&id\\_revista=6](http://pensarenfermagem.esel.pt/pe/index.asp?acao=showartigo&id_revistaartigo=11&id_revista=6)

Hanson, S. (2001). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: teoria, prática e investigação*. 2.<sup>a</sup> Edição. Loures: Lusociência.

Henriques, M. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem*. Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Lazcano-Ponce, E., Lorincz, A., Salmerón, J., Fernández, I., Cruz, A., Hernández, P. ... Hernández-Ávila, M. (2010). A pilot study of HPV DNA and cytology testing in 50,159 women in the routine Mexican Social Security Program. *Cancer Causes Control*, 21, 1693–1700.

Lei de Bases da Saúde (2002). Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+d+a+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>

MacLaughlin, K., Angstman, K., Flynn, P., Schmitt, J., Weaver, A. & Shuster, L. (2011). *Quality in Primary Care*, 19, 355–63.

Marel, J. & Moitse, K. (2014). Exploration of knowledge of cervical cancer and cervical. *Curationis*, 37(1), 1209 – 1216.

Mendes, J. (1997). As práticas profissionais e os modelos de enfermagem. *Servir*, 45 (1), 6-15.

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde e Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (2007). Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010. Disponível em: [http://www.epaac.eu/from\\_heidi\\_wiki/Portugal\\_National\\_Cancer\\_Control\\_Plan\\_2009\\_Portugese.pdf](http://www.epaac.eu/from_heidi_wiki/Portugal_National_Cancer_Control_Plan_2009_Portugese.pdf)

Mota, I. (2015). *A literacia em saúde em Portugal*. Conferência Internacional. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em: [http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian//files/institucional/agenda/eventos15/Discurso\\_IsabelMota\\_HealthLiteracyabril2015.pdf](http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian//files/institucional/agenda/eventos15/Discurso_IsabelMota_HealthLiteracyabril2015.pdf)

National Cancer Institute – NIH (2018). *Cervical Cancer Prevention*. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/cervical/patient/cervical-preventionpdq#section/14>



Neto, D. & Nóbrega, M. (1999). Holismo nos modelos Teóricos de Enfermagem. *R. Bras. Enferm.*, 52(2), 233-242.

Nunes, Manuel (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.

Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2016). *Controle integral do cancer do colo do útero. Guia de práticas essenciais*. Washington, DC: OPAS.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual – Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – Proposta apresentada pelo Conselho Diretivo*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de saúde Pública – Proposta apresentada pelo Conselho Diretivo, após aprovação na assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária em 11/09/2010*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. CIPE Versão2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Odetola T. (2011). Knowledge, Attitude and Practice of Cervical Cancer Screening Among Wamen in Primary Health Care Centres in Ibadan South-East Local Government Area, Oyo- St. *Research Papers*, 22(1), 2-12.

Prado, E., Pereira, W. & Assis, M. (2009). Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da educação popular em saúde: a experiência da equipe urbana da estratégia de saúde da família de Rio Negro/MS. *Rev. APS*, 12 (4), 498-503.

Pedrolo, E., Danski, M., Mingorance, P., Mitzy, T., Reichembach, D., Lazzari, M. ... Crozeta, K. (2009). A Prática Baseada em Evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enferm* (em linha), 14(4), 760-63.

Peixoto, I. (2013). *Educação para a Saúde: Contributos para a prevenção do cancro*. Loures: Lusociência.

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2010). *Health promotion in nursing practice*. 6th edition. NJ: Pearson/Prentice-Hall.

Pender, Nola J. (2011). *Health Promotion Model Manual*. Deep Blue. University of Michigan. Disponível em:  
[https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH\\_PRO\\_MOTION\\_MANUAL\\_Rev\\_5-2011.pdf](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PRO_MOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf)

Pereira, A., Teixeira, G., Bressan, C. e Martini, J. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Rev Bras Enferm, Brasília*, 62(3), 407-16.

Petronilho, F. (2009). Produção de Indicadores de Qualidade: A Enfermagem que queremos evidenciar. *Sinais Vitais*, 52, 35-43.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. 1ª Edição. Coimbra: Formasau.

Plano Oncológico Nacional 2001-2005. DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-B 5, N.º 190 — 17/09/ 2001, 5241-7.

Portugal, H. (1999). O modelo teórico de enfermagem – contribuição para a autonomia profissional. *Sinais Vitais*, 26, 13-14.

Salz, T., Gottlieb, S., Smith, J. & Brewer, N. (2010). The Association Between Cervical Abnormalities and Attitudes Toward Cervical Cancer Prevention. *Journal of Women's Health*, 19 (11), 2011-2016.

Santana, E., Biselli, P., Biselli, J., Almeida, M., Bertelli, E. (2008). Câncer cervical: etiologia, diagnóstico e prevenção. *Arq Ciênc Saúde*, 15(4), 199-204.

Simões, C., Nogueira, C., Lopes, D., Santos, N. & Peres, S. (2011). *Os Enfermeiros e...A Educação para a Saúde...* Curso de Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeduca%C3%A7%C3%A3oparaaSaude.aspx>

Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ªed. Loures. Loures: Lusociência.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública. Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7ªed. Loures: Lusodidacta.

Stormo, A., Moura, L. & Sarayva, M. (2014). Cervical Cancer-Related Knowledge, Attitudes, and Practices of Health Professionals Working in Brazil's Network of Primary Care Units. *The Oncologist*, 19, 375–382.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.

Teixeira, A. (2012). *Homens e Cancro do Colo do Útero*. Dissertação/ Artigo de Revisão Bibliográfica, Mestrado em Medicina Integrada. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Porto.

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5.ª Edição. Loures: Lusociência.

Tones, K. e Tilford, S. (1994). *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall.

Vicente, N. (2006). *Atitudes e Práticas na Prevenção do Cancro do Colo do útero nas mulheres Angolanas*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

Victor, J., Lopes, M. e Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção de saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm.*, 18(3), 235–240.

Waller, J., Kirsten M. e Wardle, J. (2004). Beliefs about the risk factors for cervical cancer in a British population sample. *Preventive Medicine*, 38, 745–753.

White, H., Mulambia, C., Sinkala, M., Mwanahamuntu, M., Parham, G., Kapambwe, S. ... Chamot, E. (2012). Motivations and experiences of women who accessed “see and treat” cervical cancer prevention services in Zambia. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(2), 91–98.

World Health Organization (1978). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, URSS: World Health Organization. Disponível em:

[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion – An International Conference on Health Promotion*. Copenhagen: World Health Organization. Disponível em:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)

World Health Organization (2013a). *Health literacy - The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization. Disponível em:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)

World Health Organization (2013b). *Comprehensive cervical cancer prevention and control - a healthier future for girls and women- WHO guidance note*. Disponível em:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/en/>

World Health Organization (2014). *Comprehensive cervical cancer control - A guide to essential practice - Second edition*. Disponível em:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/>

World Health Organization (2017a). *Screening as well as vaccination is essential in the fight against cervical cancer*. Disponível em:

<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers/fight-cervical-cancer/en/>

World Health Organization (2017b). *Immunization, Vaccines and Biologicals - Human papillomavirus (HPV)*. Disponível em:

<http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/en/>

**ANEXOS**

## **Anexo I**

Questionário: “Cancro do colo do útero – conhecimentos e comportamentos”

## Questionário

### Parte I – Dados do Inquirido

1. Idade \_\_\_\_\_

#### 2. Habilitações Literárias:

1º Ciclo ☐

2º Ciclo ☐

Secundário ☐

Bacharelato ☐

Licenciatura ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

3. Profissão \_\_\_\_\_

#### 4. Estado Civil:

Solteira ☐

Casada ☐

Divorciada ☐

União de Facto ☐

Viúva ☐

5. N° de filhos \_\_\_\_\_

## Parte II

6. Já ouviu falar em cancro do colo do útero?

☐ Sim.

☐ Não.

7. Os factores de risco para esta doença são:

Múltiplos parceiros sexuais ☐

Idade ☐

Falta de exercício físico ☐

Ausência de actividade sexual ☐

8. O cancro do colo do útero pode ter sintomas?

Sim ☐

Não ☐

8.1. Se sim, quais?

Perda de sangue anormal ☐

Ardor ☐

Infecção urinária ☐



Ausência de menstruação ☐

**9. O cancro do colo do útero pode ser causado por um vírus?**

Sim ☐

Não ☐

**9.1. Se sim, qual o principal vírus responsável pelo aparecimento do cancro do colo do útero?**

Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA) ☐

Vírus do Papiloma Humano (HPV) ☐

Hepatite ☐

Herpes ☐

**10. O vírus responsável pelo aparecimento do cancro do colo do útero pode ser diagnosticado através de:**

Análises à urina ☐

Análises ao sangue ☐

Citologia ☐

Radiografia ☐

Ecografia Pélvica ☐

**11.** Uma das formas de prevenir o aparecimento do cancro do colo do útero é através da vacinação.

Sim ☐

Não ☐

**11.1.** Se sim, em que altura deve ser feita?

Em qualquer idade ☐

Antes do início da actividade sexual ☐

Após o início da actividade vida sexual ☐

Depois da menopausa ☐

**12.** A partir de que altura deverá iniciar o rastreio do cancro do colo do útero?

Antes de iniciar a actividade sexual ☐

Após o início da actividade sexual ☐

Depois dos 18 anos ☐

Na menopausa ☐

**13.** Alguma vez realizou o exame preventivo do cancro do colo útero?

Não ☐

Sim ☐

**13.1** Se respondeu sim, com que regularidade faz o exame preventivo do cancro do colo do útero?

Uma vez por ano ☐

De 2 em 2 anos ☐

De 3 em 3 anos ☐

De 5 a 10 anos ☐

**14.** O exame de rastreio do cancro do colo do útero é também conhecido como:

Prova de Mantoux ☐

Cistoscopia ☐

Papanicolau ☐

**15.** O exame de rastreio do cancro do colo do útero deverá ser realizado:

De 2 em 2 anos ☐

De ano a ano ☐

De 3 em 3 anos ☐

De 5 a 10 anos ☐

Não necessita de repetição ☐

**16.** Na sua opinião, é fácil obter informações acerca desta doença?

Sim ☐

Não ☐

**17.** De que forma obteve informação acerca do cancro do colo do útero?

Meios de Comunicação ☐

Centro de Saúde/Planeamento Familiar ☐

Ginecologista ☐

**18.** O cancro do útero quando detectado tardiamente:

É inofensivo ☐

Pode provocar a morte ☐

Pode causar desconforto passageiro ☐

**19.** Sempre que se apercebe de uma infecção vaginal o que faz:

Procuro resposta na medicina natural ☐

Aguardo que a infecção se resolva espontaneamente ☐

Recorro a um profissional de saúde ☐

**20.** Que dúvidas gostaria de ver esclarecidas sobre o cancro do colo do útero?

Causas ☐

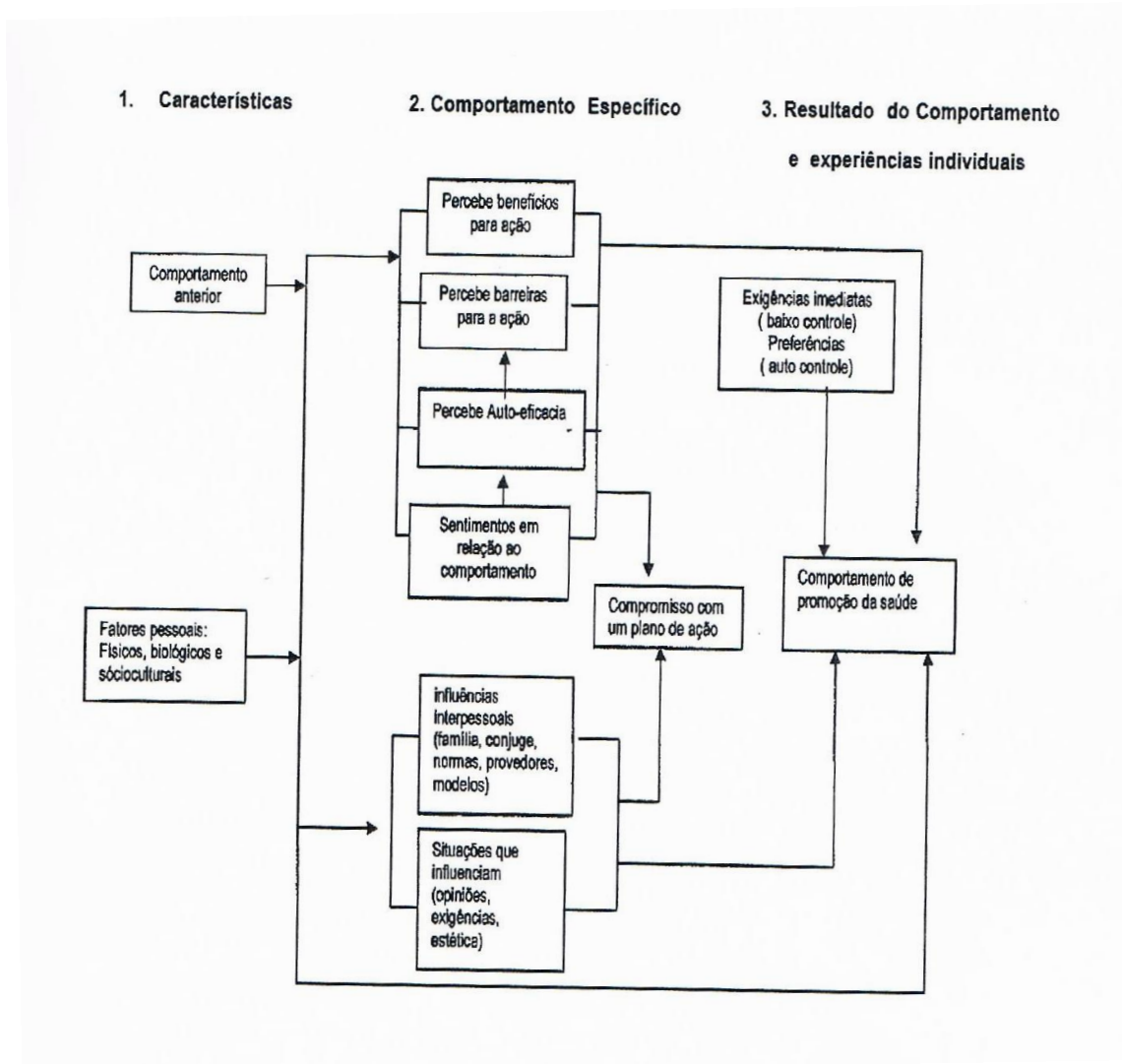
Sinais e Sintomas ☐

Formas de Prevenção ☐

Exames de Diagnóstico ☐

## **Anexo II**

Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Adaptado por Victor, Lopes e Ximenes, 2005 –  
Traduzido de “Health Promotion in Nursing Practice”

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I**

Pedido de autorização à autora do questionário para a aplicação do mesmo

Lisboa, 16 de Abril de 2016

Exma. Senhora Doutora Neida Neto Vicente,

Sónia Marisa Fernandes Ramalho, enfermeira no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., a frequentar o 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na ESEL, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência a autorização para aplicar o questionário “Cancro do Colo do Útero: Conhecimentos e Comportamentos” utilizado na sua tese de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, na Universidade Nova de Lisboa.

O questionário será para aplicar no âmbito do no decorrer de um Projeto de Intervenção Comunitária direcionado para a Prevenção do Cancro do Colo do Útero.

Com os melhores cumprimentos,

Sónia Ramalho

## **APÊNDICE II**

Autorização da autora do questionário para a aplicação do mesmo



Sónia Ramalho <sonia.mfr@gmail.com>

---

## resposta a solicitação

---

neydaneto <neydaneto@hotmail.com>  
Para: sonia.mfr@gmail.com

17 de abril de 2016 11:52

Prezada Sónia Ramalho,

Sinta-se a vontade para utilizar o questionário como instrumento de recolha de dados na sua investigação. Caso necessite de outros instrumentos não hesite em contactar.

Desejo-lhe votos de bom trabalho.

Um abraço

Neida Vicente Ramos

Enviado de Samsung Mobile.

### **APÊNDICE III**

Pedido de autorização ao coordenador da USF Villa Longa para a aplicação do  
questionário

Exmo. Senhor Doutor João Ferreira, Coordenador da USF Villa Longa,

Sónia Marisa Fernandes Ramalho, enfermeiro no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E, encontrando-se a frequentar o 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar autorização para a aplicação de um questionário e posterior tratamento e divulgação dos resultados no Projeto de Intervenção Comunitária que está a desenvolver no âmbito da Prevenção do Cancro do Colo do Útero.

O questionário a aplicar será para determinar os conhecimentos e comportamentos relacionados com o Cancro do Colo do Útero e que se intitula: “Cancro do colo do útero: conhecimentos e comportamentos” e encontra-se anexado a este documento para uma prévia apreciação.

Sem outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.

Lisboa, 20 de Abril de 2016

Pede deferimento,

Sónia Ramalho

#### **APÊNDICE IV**

Autorização do coordenador da USF Villa Longa para aplicação do questionário

Exmo. Senhor Doutor João Ferreira, Coordenador da USF Villa Longa,

Sónia Marisa Fernandes Ramalho, enfermeiro no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E, encontrando-se a frequentar o 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar autorização para a aplicação de um questionário e posterior tratamento e divulgação dos resultados no Projeto de Intervenção Comunitária que está a desenvolver no âmbito da Prevenção do Cancro do Colo do Útero.

O questionário a aplicar será para determinar os conhecimentos e comportamentos relacionados com o Cancro do Colo do Útero e que se intitula: "Cancro do colo do útero: conhecimentos e comportamentos" e encontra-se anexado a este documento para uma prévia apreciação.

Sem outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.

Lisboa, 20 de Abril de 2016

Pede deferimento,

Sónia Ramalho

*De acordo com sub. e/ou de o parecer  
por fins de de m...*





## **APÊNDICE V**

Pedido de autorização à Comissão de Ética da ARSLVT para realização do  
estudo

A/C: Comissão de Ética, da ARSLVT

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo

Sónia Marisa Fernandes Ramalho, enfermeira no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E, encontrando-se a frequentar o 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar autorização para a aplicação de um questionário e posterior tratamento e divulgação dos resultados no Projeto de Intervenção Comunitária que está a desenvolver no âmbito da Prevenção do Cancro do Colo do Útero.

O questionário a aplicar será para determinar os conhecimentos e comportamentos relacionados com o Cancro do Colo do Útero, tem o título de: “ Cancro do colo do útero: conhecimentos e comportamentos” e está anexado a este documento para uma prévia apreciação.

Uma vez que a USF Villa Longa se disponibiliza para a realização do estudo em contexto académico, solicito o vosso parecer favorável.

Sem outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.

Lisboa, 29 de Abril de 2016

Pede deferimento,

Sónia Ramalho

## **APÊNDICE VI**

Declaração de consentimento informado do questionário

## **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Sónia Marisa Fernandes Ramalho, enfermeira a frequentar o 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontra-se a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária sobre o cancro do colo do útero.

Para a realização do estudo é imprescindível a sua colaboração através do preenchimento deste questionário sobre os conhecimentos e comportamentos associados ao cancro do colo do útero.

Este questionário é confidencial e anónimo.

Agradeço a sua disponibilidade.

Data:    /    / 2016

---

(Assinatura)

## **APÊNDICE VII**

Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra

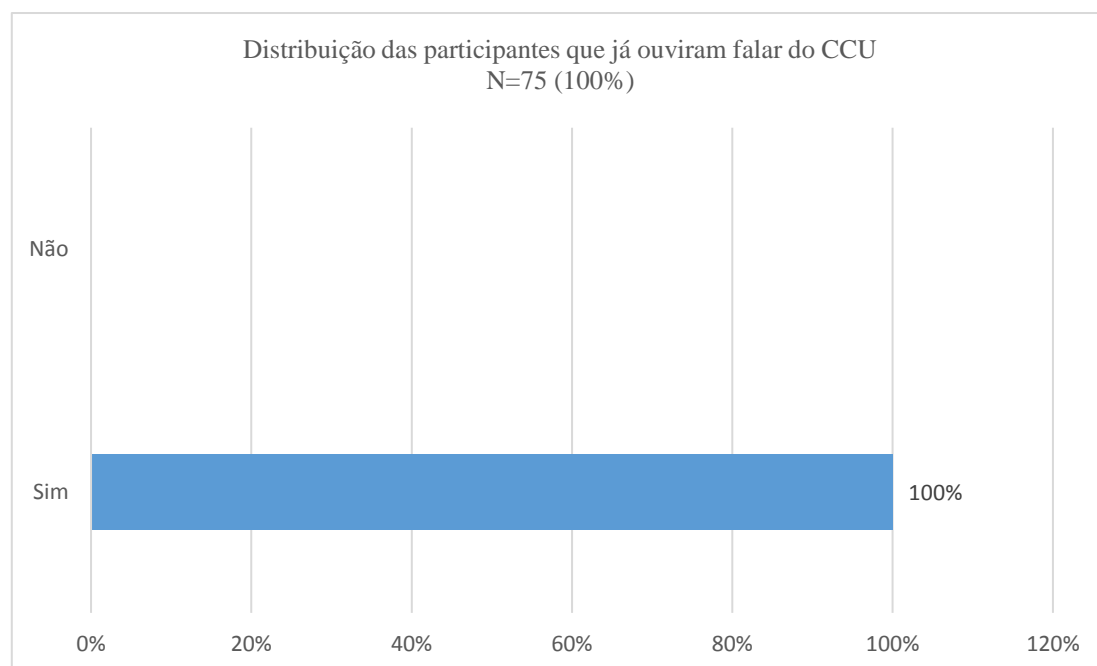
POPULAÇÃO (N=75)	NÚMERO (N.º)	PERCENTAGEM (%)
<b>IDADE</b>		
25-29	6	8%
30-34	13	17,3%
35-39	21	28%
40-44	14	18,7%
45-49	10	13,3%
50-54	5	6,7%
55-59	6	8%
<b>HABILITAÇÕES LITERÁRIAS</b>		
1º Ciclo	3	4%
2º Ciclo	21	28%
Secundário	34	45,3%
Bacharelato	1	1,3%
Licenciatura	15	20%
Mestrado	1	1,3%
Doutoramento	0	0%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Solteira	16	21,3%
Casada	41	54,7%
Divorciada	8	10,7%
União de facto	10	13,3%
Viúva	0	0%
<b>NÚMERO DE FILHOS</b>		
0	9	12%
1	30	40%
2	30	40%
3	3	4%
4	2	2,7%
5	1	1,3%

POPULAÇÃO (N=75)	NÚMERO (N.º)	PERCENTAGEM (%)
<b>PROFISSÃO</b>		
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	11	14,7%
Técnicos e profissões de nível intermédio	13	17,3%
Pessoal administrativo	25	33,3%
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	10	13,3%
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	1,3%
Trabalhadores não qualificados	5	6,7%
Doméstica	5	6,7%
Desempregada	3	4%
Não respondeu	2	2,4%

## **APÊNDICE VIII**

Gráfico 1 – Distribuição das participantes que já ouviram falar do CCU

### Questão n.º 6: Já ouviu falar no cancro do colo do útero?

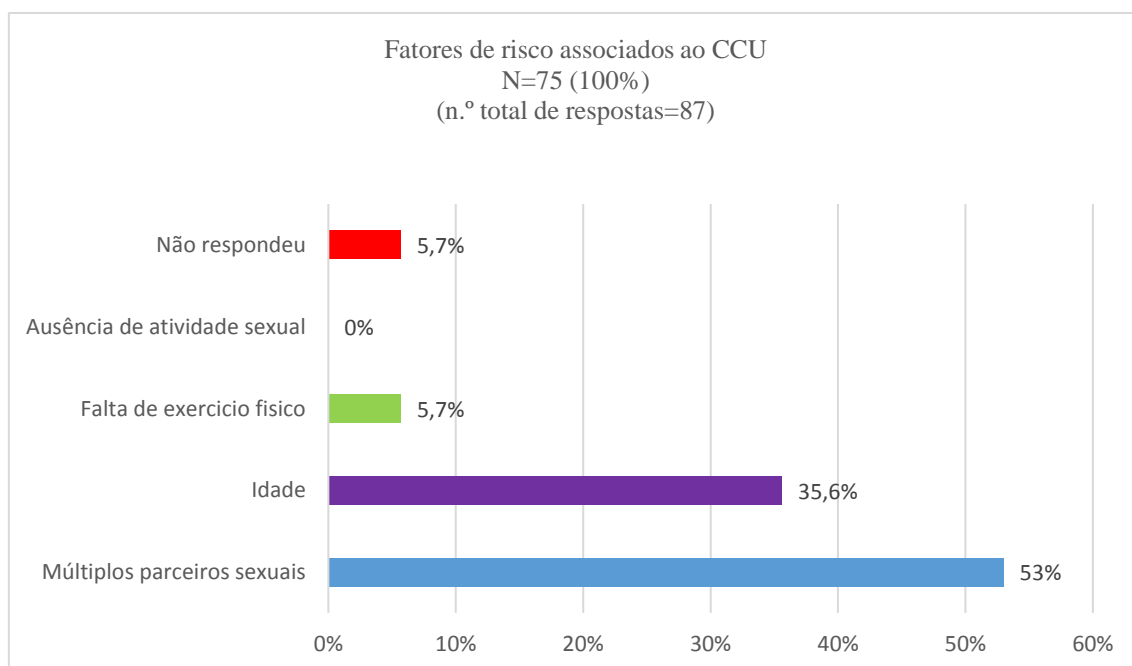




## **APÊNDICE IX**

Gráfico 2 – Distribuição dos dados relativamente aos fatores de risco  
associados ao CCU

**Questão n.º 7: Os fatores de risco para esta doença são:**

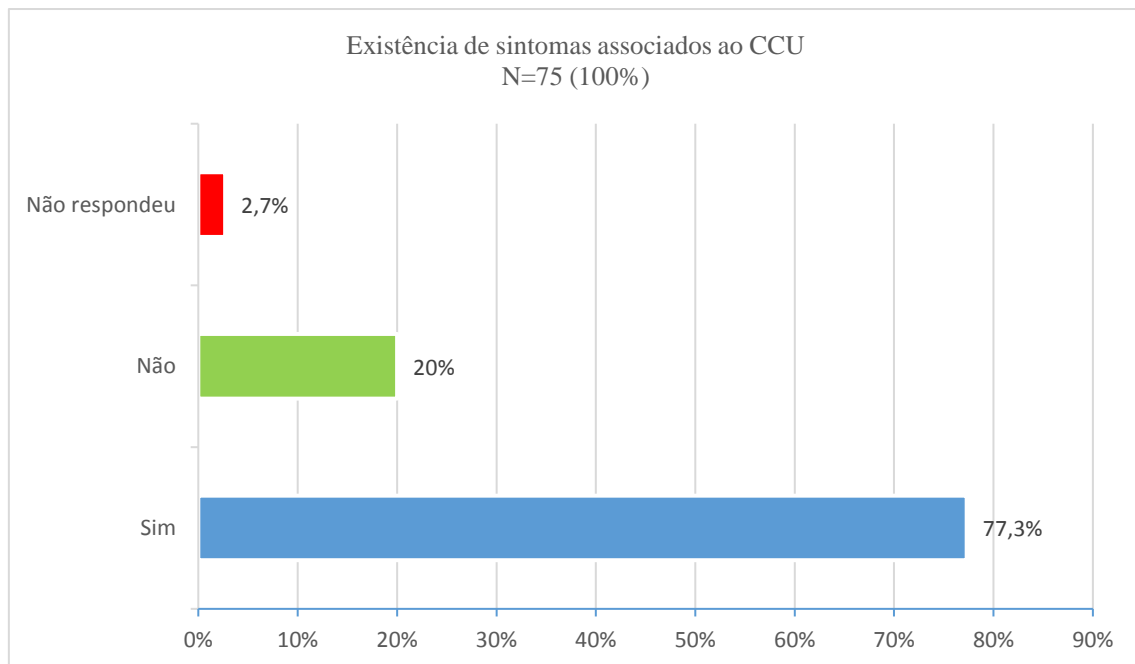


Observação: Houve respostas múltiplas.

## **APÊNDICE X**

Gráfico 3 – Distribuição dos dados relativamente à existência de sintomas  
associados ao CCU

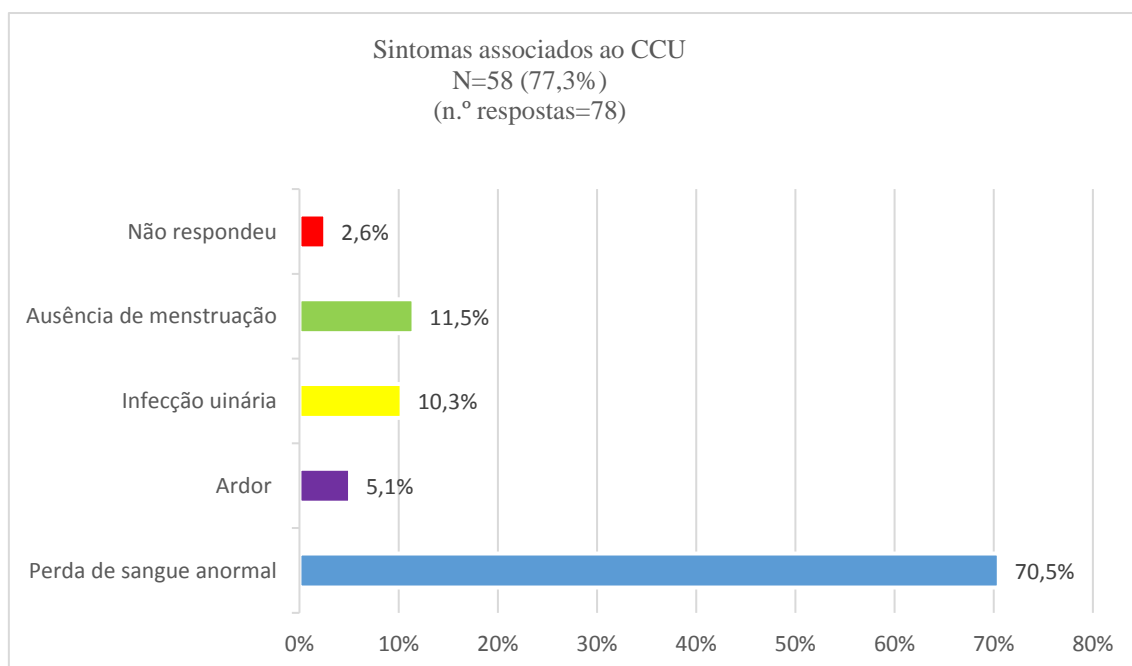
**Questão n.º 8: O cancro do colo do útero pode ter sintomas?**



## **APÊNDICE XI**

Gráfico 3.1 – Distribuição dos dados relativos à sintomatologia do CCU

### Questão n.º 8.1: Se sim, quais?

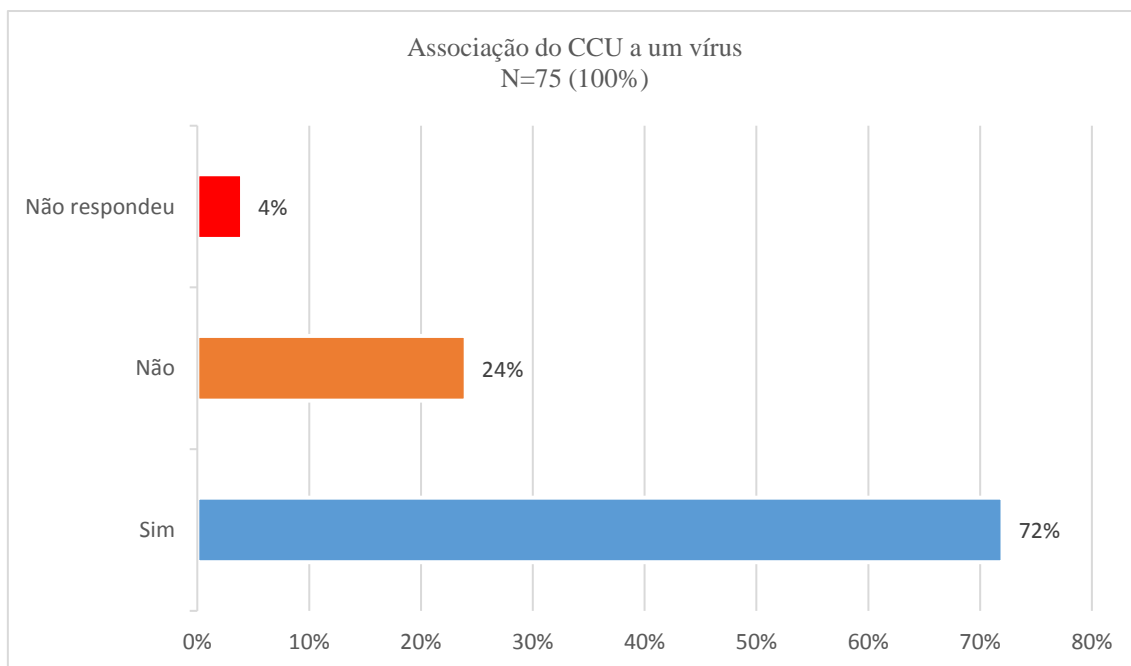


Observação: Houve respostas múltiplas.

## **APÊNDICE XII**

Gráfico 4 – Distribuição dos dados relativos à associação do CCU a um vírus

**Questão n.º 9: O cancro do colo do útero pode ser causado por um vírus?**

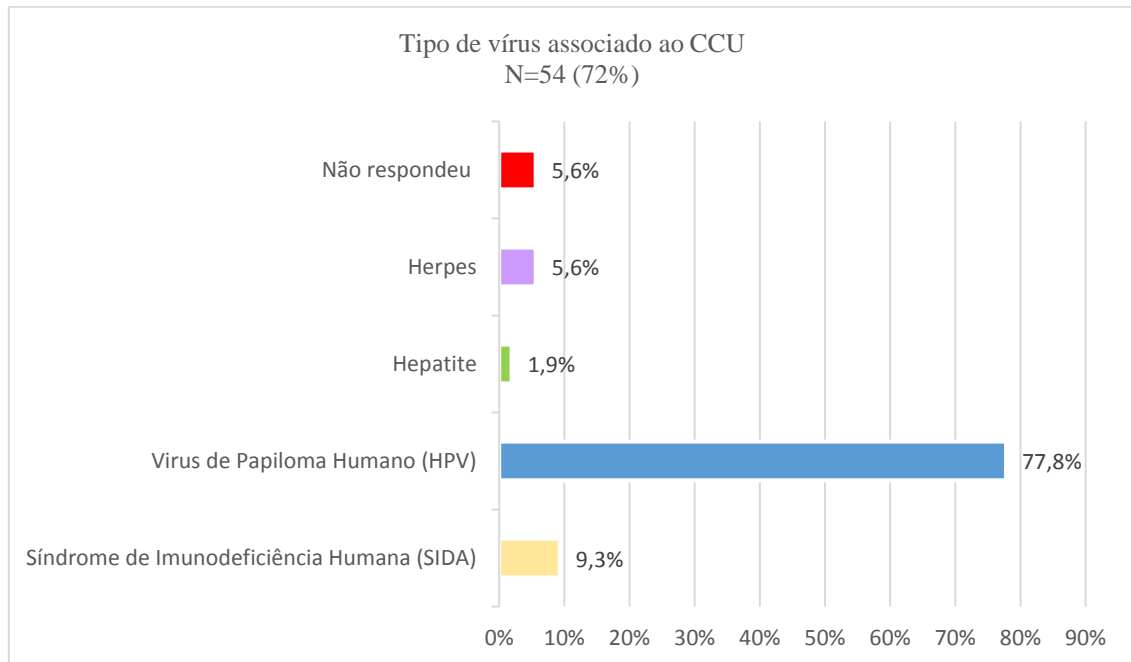




## **APÊNDICE XIII**

Gráfico 4.1 – Distribuição dos dados relativos à associação do CCU a um tipo de vírus

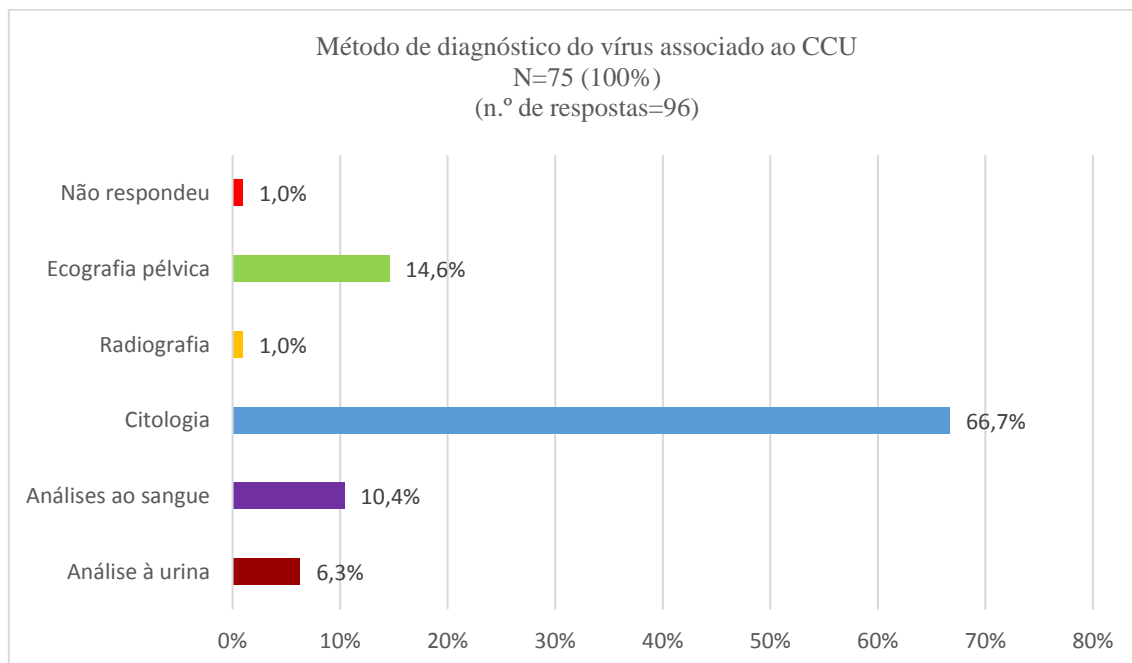
**Questão n.º 9.1: Se sim, qual o principal vírus responsável pelo aparecimento do cancro do colo do útero?**



#### **APÊNDICE XIV**

Gráfico 5 – Distribuição dos dados relativos ao método de diagnóstico do vírus responsável pelo CCU

**Questão n.º 10: O vírus responsável pelo aparecimento do cancro do colo do útero pode ser diagnosticado através de:**

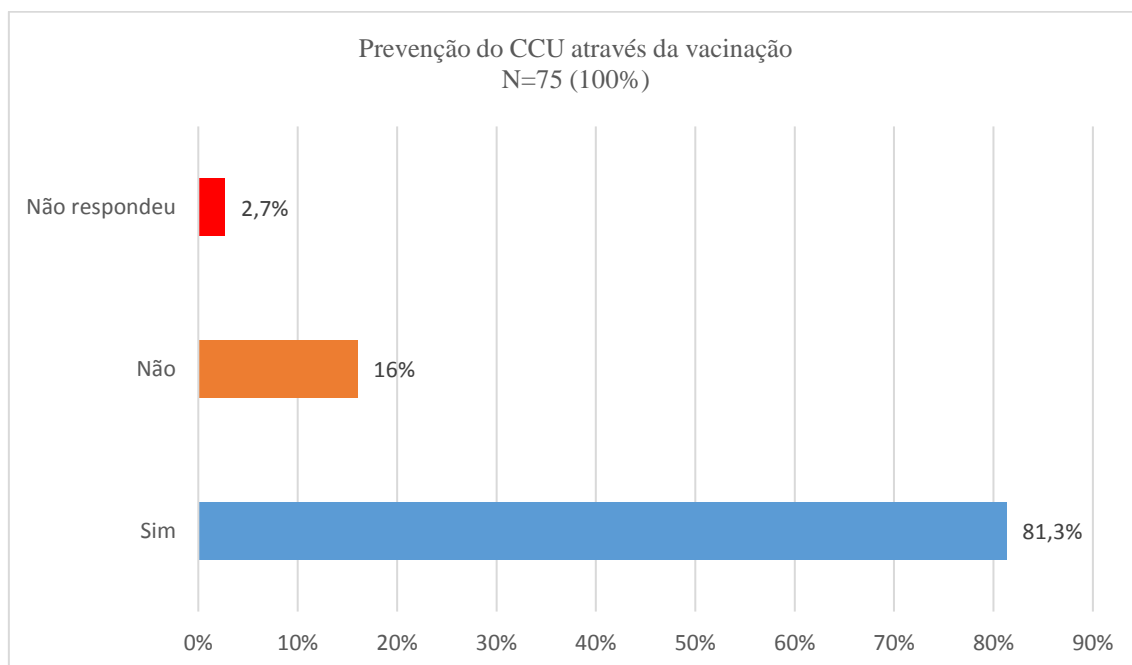


Observação: Houve respostas múltiplas.

## **APÊNDICE XV**

Gráfico 6 – Distribuição dos dados relativos à prevenção do CCU através da  
vacinação

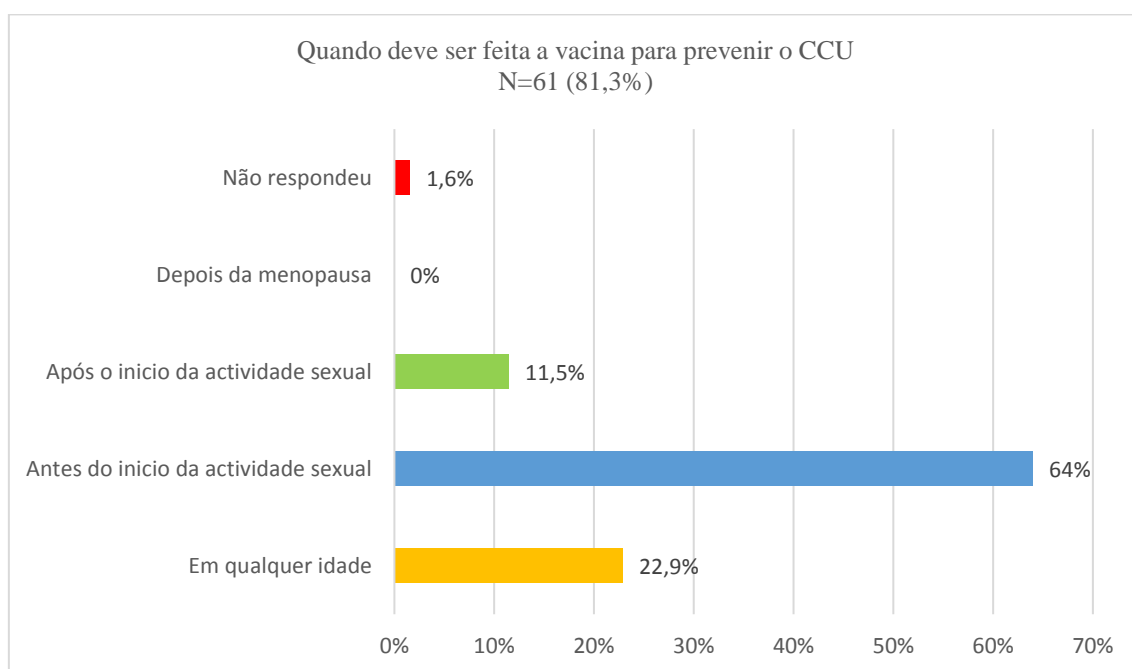
**Questão n.º 11: Uma das formas de prevenir o aparecimento do cancro do colo do útero é através da vacinação.**



## **APÊNDICE XVI**

Gráfico 6.1 – Distribuição dos dados relativos à altura em que se deve realizar  
a vacinação contra o CCU

### Questão n.º 11.1: Se sim, em que altura deve ser feita?

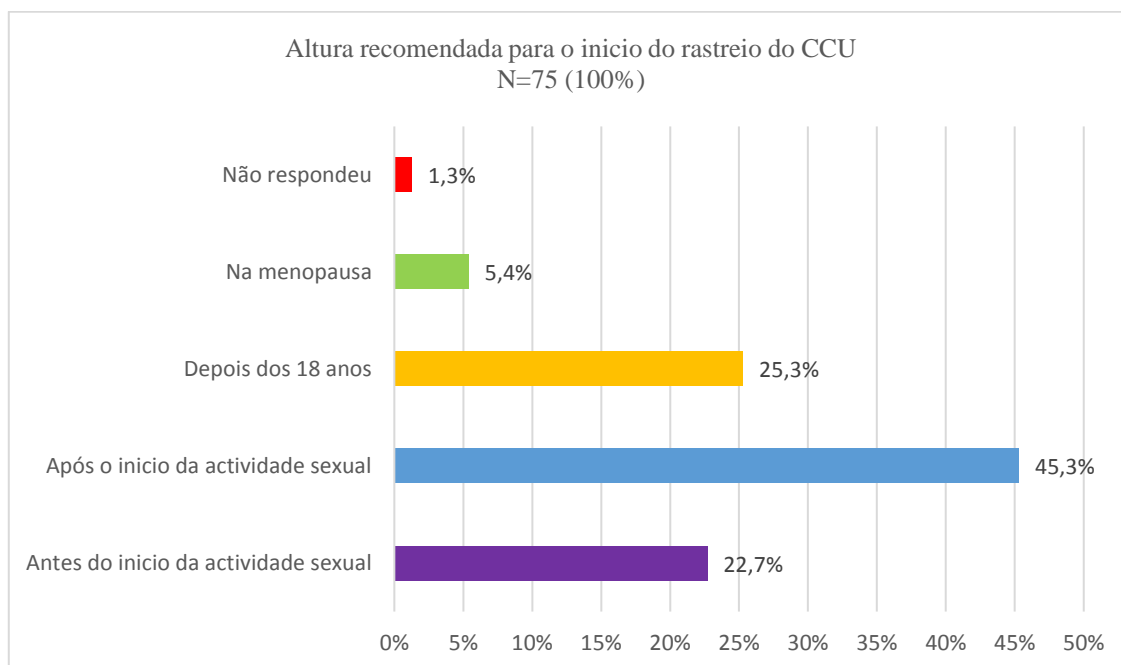




## **APÊNDICE XVII**

Gráfico 7 – Distribuição dos dados relativos à altura em que se deve iniciar o rastreio do CCU

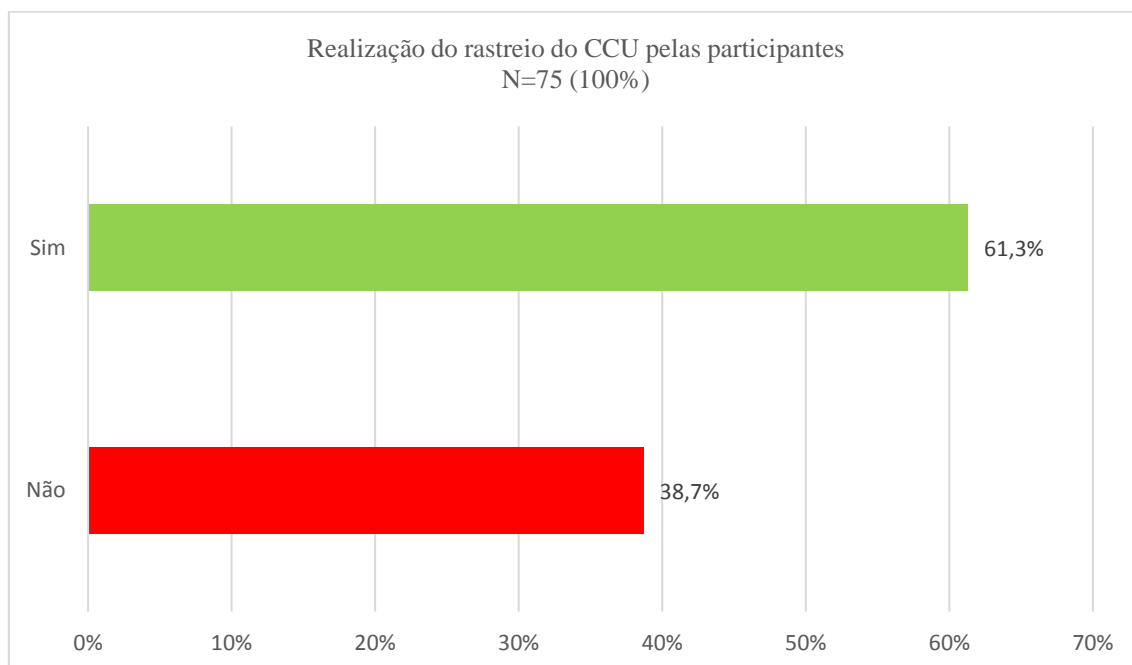
**Questão n.º 12: A partir de que altura deverá iniciar o rastreio do cancro do colo do útero?**



## **APÊNDICE XVIII**

Gráfico 8 – Distribuição dos dados relativos à realização do rastreio do CCU  
por parte das participantes

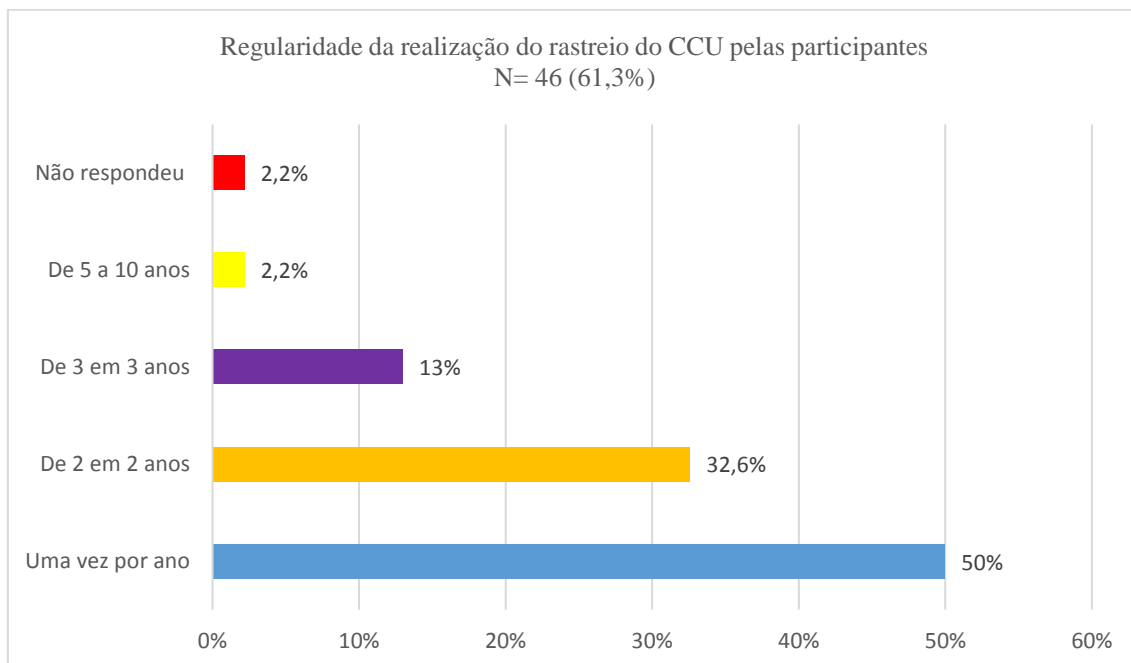
**Questão n.º 13: Alguma vez realizou o exame preventivo do cancro do colo do útero?**



## **APÊNDICE XIX**

Gráfico 8.1 – Distribuição dos dados relativos à regularidade de realização do rastreio do CCU por parte das participantes

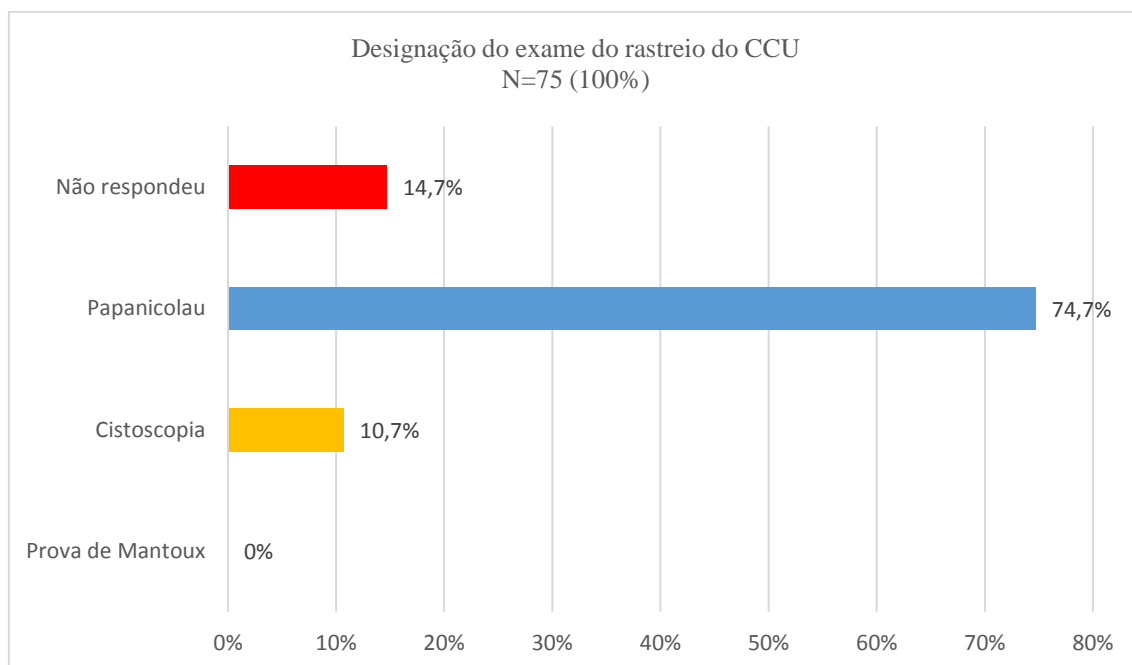
**Questão n.º 13.1: Se respondeu sim, com que regularidade faz o exame preventivo do cancro do colo do útero?**



## **APÊNDICE XX**

Gráfico 9 – Distribuição dos dados de acordo com a designação do exame do rastreio do CCU

**Questão n.º 14: O exame do rastreio do cancro do colo do útero é também conhecido como:**

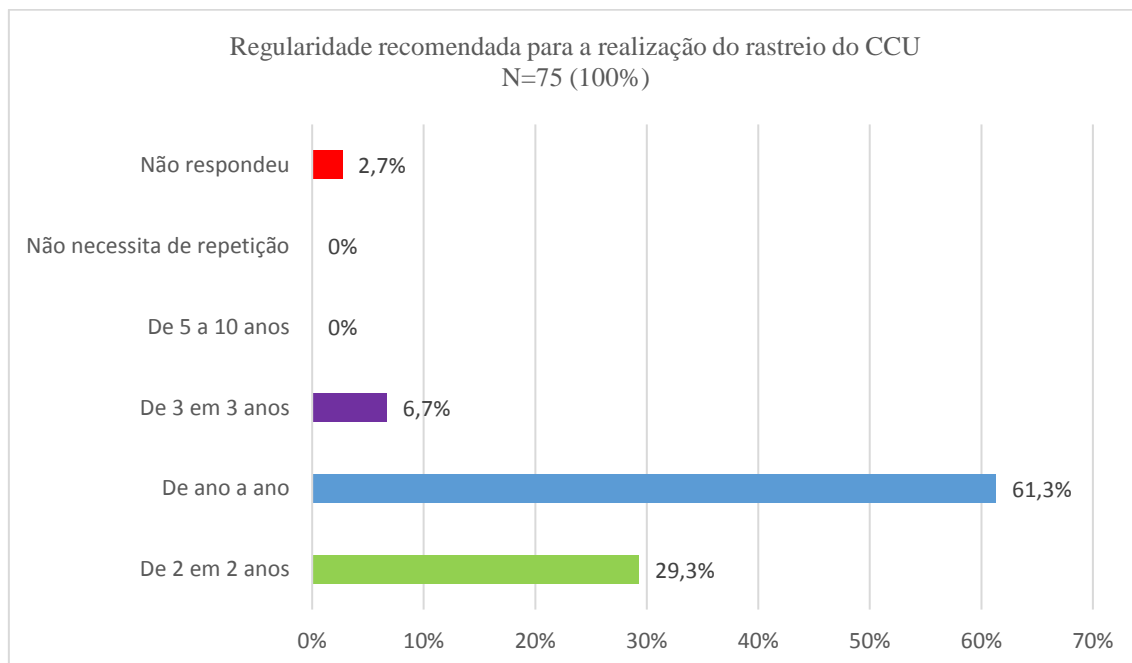




## **APÊNDICE XXI**

Gráfico 10 – Distribuição dos dados de acordo com a regularidade recomendada para a realização do rastreio do CCU

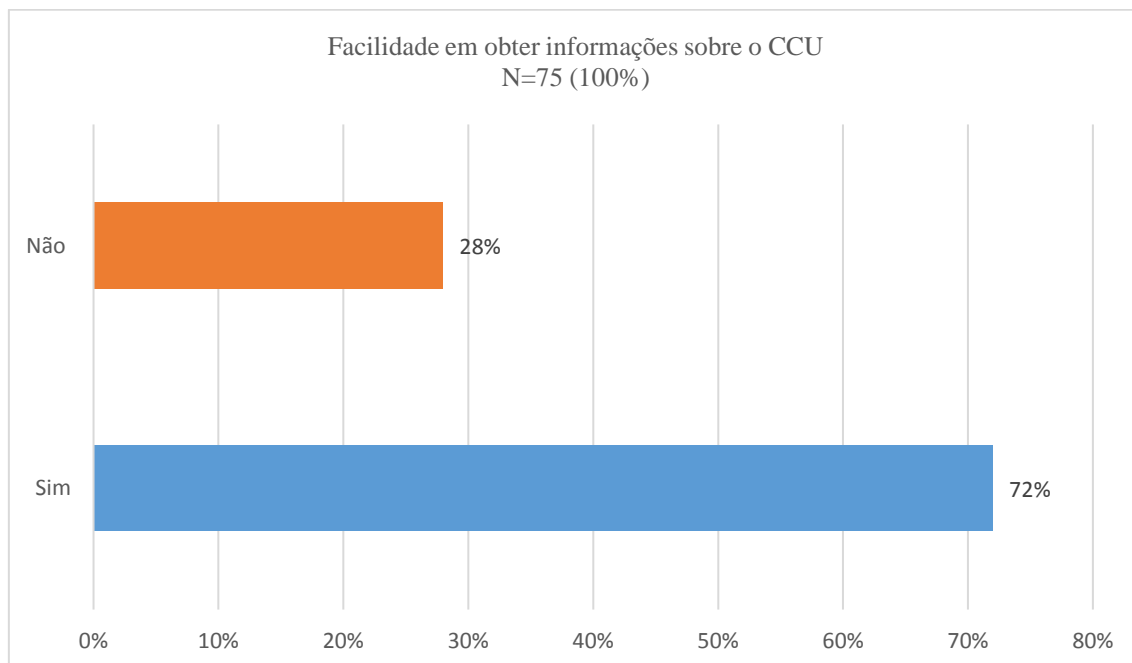
**Questão n.º 15: O exame de rastreio do cancro do colo do útero deverá ser realizado:**



## **APÊNDICE XXII**

Gráfico 11 – Distribuição dos dados de acordo com a facilidade em obter informações sobre o CCU

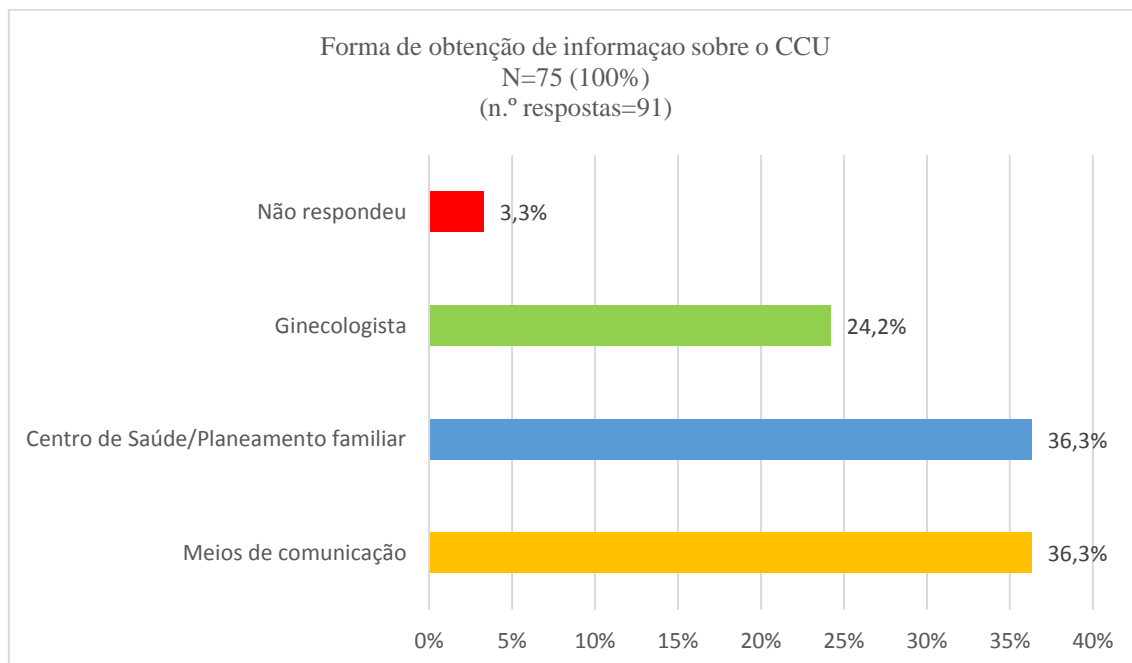
**Questão n.º 16: Na sua opinião, é fácil obter informações acerca desta doença?**



## **APÊNDICE XXIII**

Gráfico 12 – Distribuição dos dados de acordo com a forma de obter informações sobre o CCU

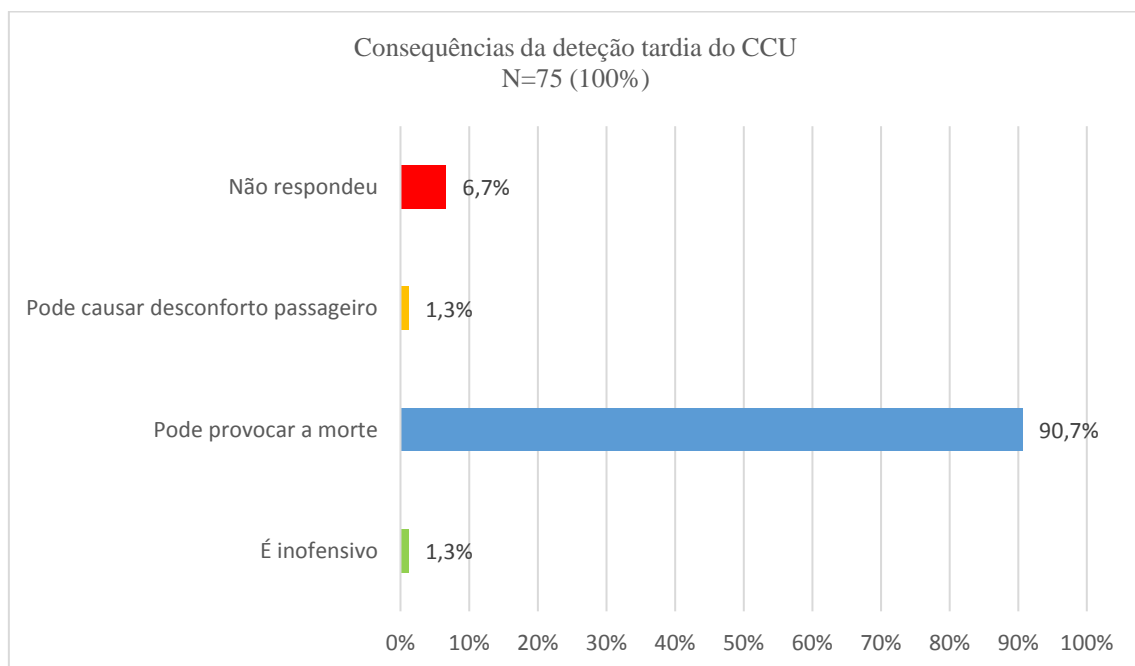
**Questão n.º 17: De que forma obteve informação acerca do cancro do colo do útero?**



## **APÊNDICE XXIV**

Gráfico 13 – Distribuição dos dados relativos às consequências associadas à  
detecção precoce do CCU

**Questão n.º 18: O cancro do colo do útero quando detetado tardiamente:**

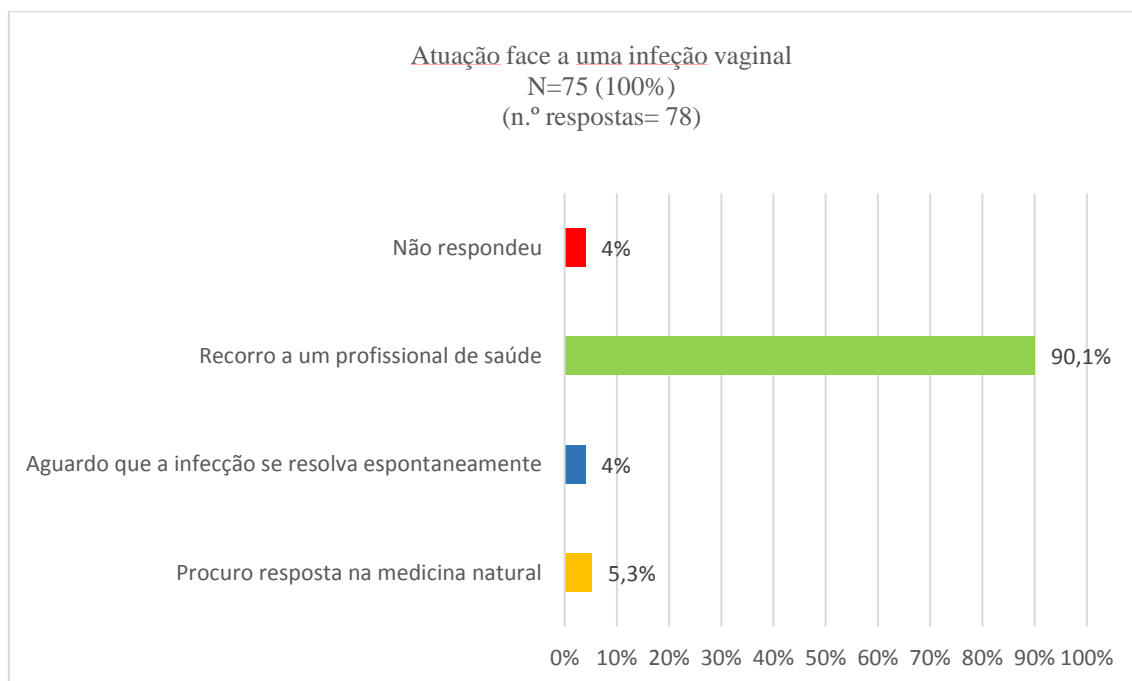




## **APÊNDICE XXV**

Gráfico 14 – Distribuição dos dados relativos à atuação das participantes face a uma infeção vaginal

**Questão n.º 19: Sempre que se apercebe de uma infeção vaginal o que faz?**

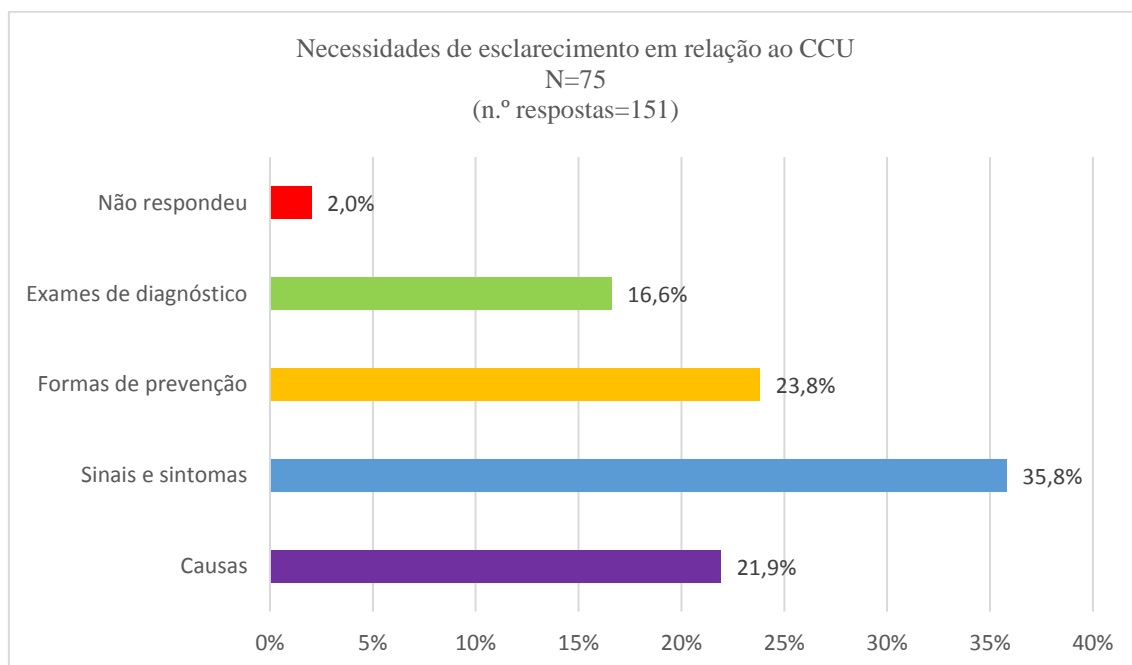


Observação: Houve respostas múltiplas.

## **APÊNDICE XXVI**

Gráfico 15 – Distribuição dos dados em relação às dúvidas que as participantes gostariam de ver esclarecidas em relação ao CCU

**Questão n.º 20: Que dúvidas gostaria de ver esclarecidas sobre o cancro do colo do útero?**



Observação: Houve respostas múltiplas.

## **APÉNDICE XXVII**

Scoping Review

**Para realizar o scoping review estabeleceu-se para o PCC o seguinte**

P (população) - mulheres

C (conceito) - prevenção do cancro do colo do útero

C (contexto) - cuidados de saúde primários

**Definiram-se como palavras- chave:**

- Cancro do colo do útero = cervical cancer
- Prevenção = prevention
- Mulheres= women
- Cuidados de Saúde Primários = Primary Health Care

Estratégia de pesquisa:

- Plataforma agregadora de bases de dados EBSCO HOST, selecionado as bases de dados CINAHL Plus With Full Text e MEDLINE With Full Text;
- Limite temporal: 2006 a 2017;
- Acesso ao texto integral em PDF;
- Sexo: Mulheres
- Operadores booleanos: AND.

**Resultados da Pesquisa nas bases de dados:**

<b>Pesquisa</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Termos de pesquisa</b>	<b>Resultados</b>
<b>Pesquisa 1</b>	MEDLINE With Full Text	cervical cancer AND prevention AND women AND primary health care	<b>12</b>
	CINAHL Plus with Full Text	cervical cancer AND prevention AND women AND primary health care	<b>10</b>

<b>Pesquisa 2</b>	MEDLINE With Full Text	beliefs AND behaviors AND cervical cancer AND woman	<b>0</b>
	CINAHL Plus with Full Text	beliefs AND behaviors AND cervical cancer AND woman	<b>20</b>

## **APÊNDICE XXVIII**

Priorização dos problemas segundo o método da Grelha de Análise



<div>Critérios</div> <div>Problemas</div>	Importância do problema	Relação problema/ fator de risco	Capacidade técnica de resolver o problema	Exequibilidade do projeto ou intervenção	Resultados
Défice de conhecimentos relacionado com os fatores de risco do CCU;	+	+	+	+	1
Défice de conhecimentos relacionado com a sintomatologia do CCU;	+	-	-	+	2
Défice de conhecimentos relacionado com a associação do HPV ao CCU;	+	+	+	+	1
Défice de conhecimentos relacionado com o método de rastreio do CCU.	+	+	+	+	1

## **APÊNDICE XXIX**

Cronograma do Estágio com Relatório

[illegible]

## **APÊNDICE XXX**

Descrição das estratégias e atividades por objetivos específicos

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES
1 – Melhorar os conhecimentos da população sobre o HPV e a sua relação com o CCU.	Informar a população sobre o que é o HPV, como se transmite e qual a sua relação com o CCU.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sessão de EpS (individual e de grupo);</li> <li>• Entrega de folheto informativo;</li> <li>• Elaboração de um cartaz informativo para divulgar a sessão de grupo de EpS;</li> <li>• Elaboração de um Poster informativo para afixar.</li> </ul>
2 – Desenvolver os conhecimentos da população em relação os fatores de risco e prevenção do CCU.	Informar a população sobre os fatores de risco do CCU.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sessão de EpS (individual e de grupo);</li> <li>• Entrega de folheto informativo;</li> <li>• Elaboração de um cartaz informativo para divulgar a sessão de grupo de EpS;</li> <li>• Elaboração de um Poster informativo para afixar.</li> </ul>
3 – Desenvolver os conhecimentos da população sobre o rastreio do CCU;	Informar a população sobre o que é a Colpocitologia, quem deve realizar e a periodicidade de realização do rastreio e alertar para a importância da sua realização.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sessão de EpS (individual e de grupo);</li> <li>• Demonstração do material usado para a realização da Colpocitologia;</li> <li>• Entrega de folheto informativo;</li> <li>• Elaboração de um cartaz informativo para divulgar a sessão de grupo de EpS;</li> <li>• Elaboração de um Poster informativo para afixar.</li> </ul>
4 – Aumentar a adesão da população ao rastreio do CCU.	Proceder à marcação de consulta de PF para realização do rastreio, aproveitando a oportunidade do contacto individualizado e a sensibilização feita sobre o CCU.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcação de consulta de PF para realização do rastreio, no final da Sessão de EpS individual.</li> </ul>
5 – Sensibilizar a equipa multidisciplinar da USF Villa Longa para a pertinência do projeto de intervenção sobre o CCU.	Informar sobre os resultados obtidos com a aplicação do questionário junto da população alvo; Motivar a equipa multidisciplinar a colaborar no mesmo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sessão para apresentar o Diagnóstico da Situação de Saúde à equipa.</li> </ul>

**APÊNDICE XXXI**

Plano Operacional da Sessão de Apresentação do Diagnóstico da Situação de  
Saúde à Equipe da USF Villa Longa

O quê	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos específicos	Avaliação
Sessão de Apresentação do Diagnóstico da Situação de Saúde à Equipe da USF Villa Longa	Enfermeira mestranda	Outubro de 2017	Biblioteca da USF Villa Longa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duração da sessão: 30 minutos.</li> <li>- Conteúdo da sessão: Exposição do diagnóstico da situação de saúde relacionado com o CCU, nas mulheres com idades compreendidas entre os [25; 60[ anos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgar à equipa da USF Villa Longa os dados obtidos com a aplicação do questionário e os principais resultados decorrentes da avaliação dos mesmos;</li> <li>- Sensibilizar a equipa para a colaboração no projeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que pelo menos 50% dos profissionais da USF estejam presentes na apresentação do diagnóstico da situação de saúde.</li> </ul> <p><u>Indicador de adesão:</u>  <math>(n.^{\circ} \text{ de profissionais da USF presentes na apresentação} / n.^{\circ} \text{ total de profissionais da USF}) \times 100</math></p>

### **Plano da Sessão de Apresentação do Diagnóstico da Situação de Saúde à Equipa da USF Villa Longa**

**População alvo:** Equipa multidisciplinar da USF Villa Longa

**Data:** 10 de Outubro de 2017

**Hora:** 12:00

**Duração:** 30 minutos

**Local:** Biblioteca da USF Villa Longa.

**Objetivo geral:** Sensibilizar a equipa multidisciplinar da USF Villa Longa para a pertinência do projeto de intervenção sobre o CCU.

<b>Fase da sessão</b>	<b>Sequência didática</b>	<b>Conteúdos/Temas</b>	<b>Metodologias e técnicas pedagógicas</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Tema/ Motivação	<u>Apresentação:</u> - Enfermeira mestranda; - Tema; - Objetivos da sessão.	Expositivo	_____	2´
<b>Desenvolvimento</b>	Exposição do tema	<u>Cancro do colo do útero;</u> - Pertinência do projeto; - Caracterização da população alvo; - Instrumento da colheita de dados; - Análise dos dados; - Identificação dos problemas; - Formulação do diagnóstico de enfermagem; - Definição de Prioridades; - Etapas seguintes.	Expositivo	Computador e Projetor Multimédia	25´
<b>Conclusão</b>	Fecho da sessão	- Partilha de ideias para a intervenção.	Participante		3´



## **APÊNDICE XXXII**

Diapositivos da Sessão de Apresentação do Diagnóstico da Situação de Saúde  
à Equipa da USF Villa Longa

## ***A educação para a saúde na prevenção do cancro do colo do útero nas mulheres em idade adulta***

- Diagnóstico da situação de saúde das mulheres da USF Villa Longa com idades compreendidas entre os [25; 60] anos.

Discente:  
Sónia Ramalho

Orientadores :  
Professor António Major  
Enfermeira Sónia Videira

## **DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE -Pertinência do projeto**

- ✓ A incidência e a mortalidade associadas ao CCU em Portugal são ainda significativas e preocupantes, tendo-se registado um aumento no ano de 2014. Esta realidade é mais expressiva na Região de Lisboa e Vale do Tejo, onde ainda não está implementado um rastreio de base populacional para o CCU, sendo que: “do total de mulheres de Portugal Continental elegíveis para rastreio do cancro do colo do útero, apenas cerca de 24% estão cobertas por rastreios organizados de base populacional e apenas 12% são rastreadas através destes programas de rastreio” (p. 38) (DGS, 2015);
- ✓ Redução do número de mulheres rastreadas apesar de ter aumentado o número de mulheres convidadas a fazer o rastreio (DGS, 2015);
- ✓ Dificuldade em ter uma elevada percentagem de mulheres com o rastreio do CCU atualizado, em particular na Região e Lisboa e Vale do Tejo (DGS, 2016).



**Realidade sobreponível à da USF onde foi desenvolvido o projeto** e que se insere na ARSLVT, em que analisando os dados desde 2013 se verifica um decréscimo no indicador de mulheres entre os [25; 60] anos com colpocitologia atualizada, sendo que em 2013 existia uma adesão ao rastreio do CCU de 57,4%, em 2014 de 57% e em 2015 de 56,5%, não se conseguindo atingir uma cobertura desejável de mulheres com o rastreio do CCU atualizado.

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE -Pertinência do projeto

### Espera-se que o projeto ajude a:

- Melhorar os conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao HPV e ao CCU;
- Melhorar a adesão ao rastreio do CCU.

### Na fase do diagnóstico de saúde...

#### Objetivo geral:

- ✓ Identificar os fatores que interferem na prevenção do CCU nas mulheres com idades compreendidas entre os [25; 60[ anos, inscritas na USF Villa Longa

#### Objetivo específico:

- 1) Identificar os conhecimentos da população alvo sobre o HPV e o CCU;
- 2) Determinar os comportamentos de procura de saúde relacionados com o CCU;
- 3) Realizar uma intervenção na população alvo direcionada para a prevenção do CCU.

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Caracterização da população alvo

### População alvo deste projeto:

Utentes do sexo feminino inscritas na USF Villa Longa, com idades compreendidas entre os [25; 60[ anos, correspondendo a 5516 utentes.

### Período de aplicação dos inquéritos:

Maior e Junho de 2016

### Amostra representativa dessa população:

75 utentes.

### Tipo de amostra:

Amostra não probabilística acidental (foram selecionadas utentes das listas dos vários médicos, com consulta no dia de estágio, e que cumpriam os critérios de inclusão e de exclusão).

Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
Estar inscrita na USF Villa Longa;	Ter alguma perturbação psíquica.
Ter entre 25 e 59 anos de idade;	
Não ter patologia do colo do útero;	
Não estar grávida;	
Não ter realizado histerectomia.	

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Instrumento de colheita de dados

Inquérito por questionário - “*Cancro do colo do útero: conhecimentos e comportamentos*”.



Composto por 2 Partes:

- 1ª Parte – Caracterização sociodemográfica da amostra;
- 2ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU.



Determinar quais os conhecimentos e comportamentos das mulheres, com idades compreendidas entre os [25; 60[ anos, inscritas na USF Villa Longa, sobre o CCU.

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 1.ª Parte – Caracterização sociodemográfica da população

POPULAÇÃO (N=75)	NÚMERO (N.º)	PERCENTAGEM (%)
IDADE		
25-29	6	8%
30-34	13	17,3%
35-39	21	28%
40-44	14	18,7%
45-49	10	13,3%
50-54	5	6,7%
55-59	6	8%

POPULAÇÃO (N=75)	NÚMERO (N.º)	PERCENTAGEM (%)
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS		
1º Ciclo	3	4%
2º Ciclo	21	28%
Secundário	34	45,3%
Bacharelato	1	1,3%
Licenciatura	15	20%
Mestrado	1	1,3%
Doutoramento	0	0%

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 1.ª Parte – Caracterização sociodemográfica da população

POPULAÇÃO (N=75)	NÚMERO (N.º)	PERCENTAGEM (%)
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	11	14,7%
Técnicos e profissões de nível intermédio	13	17,3%
Pessoal administrativo	25	33,3%
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	10	13,3%
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	1,3%
Trabalhadores não qualificados	5	6,7%
Doméstica	5	6,7%
Desempregada	3	4%
Não respondeu	2	2,7%

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 1.ª Parte – Caracterização sociodemográfica da população

POPULAÇÃO (N=75)	NÚMERO (N.º)	PERCENTAGEM (%)
ESTADO CIVIL		
Solteira	16	21,3%
Casada	41	54,7%
Divorciada	8	10,7%
União de facto	10	13,3%
Viúva	0	0%

POPULAÇÃO (N=75)	NÚMERO (N.º)	PERCENTAGEM (%)
NÚMERO DE FILHOS		
0	9	12%
1	30	40%
2	30	40%
3	3	4%
4	2	2,7%
6	1	1,3%

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

#### Questão n.º 6: Já ouviu falar no cancro do colo do útero?

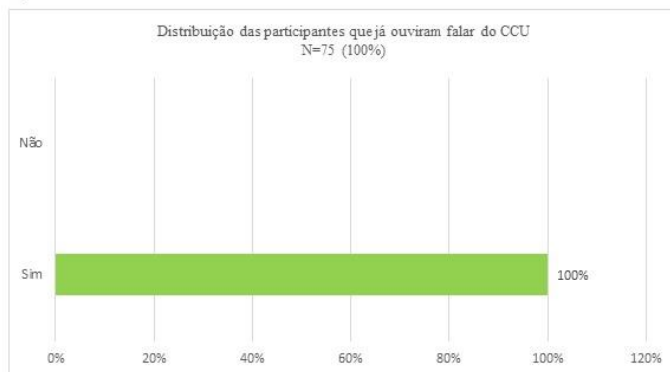
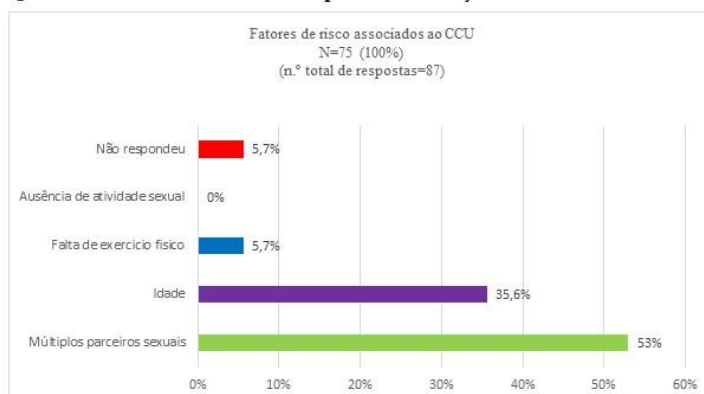


Gráfico 1 – Distribuição das participantes que já ouviram falar do CCU.

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

#### Questão n.º 7: Os fatores de risco para esta doença são:



Observação: Houve respostas múltiplas.

Gráfico 2 – Distribuição dos dados relativos aos fatores de risco associados ao CCU.



## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

**Questão n.º 8: O cancro do colo do útero pode ter sintomas?**

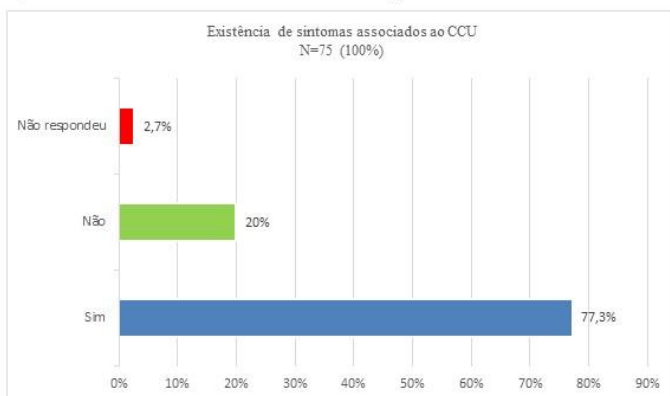
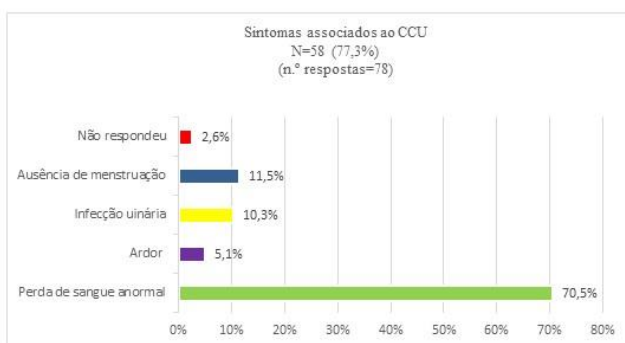


Gráfico 3 – Distribuição dos dados relativamente à existência de sintomas associados ao CCU

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

**Questão n.º 8.1: Se sim, quais?**



**Observação:** Houve respostas múltiplas.

Gráfico 3.1 – Distribuição dos dados relativos à sintomatologia do CCU.

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

Questão n.º 9: O cancro do colo do útero pode ser causado por um vírus?

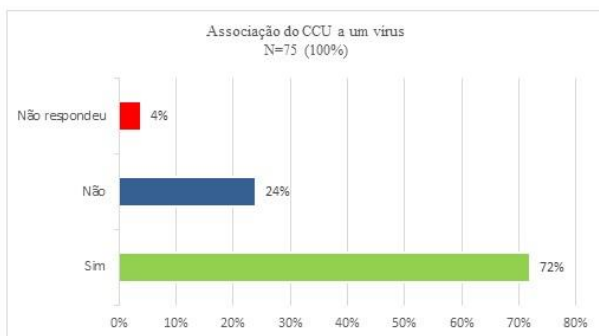


Gráfico 4 – Distribuição dos dados relativos à associação do CCU a um vírus.

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

Questão n.º 9.1: Se sim, qual o principal vírus responsável pelo aparecimento do cancro do colo do útero?

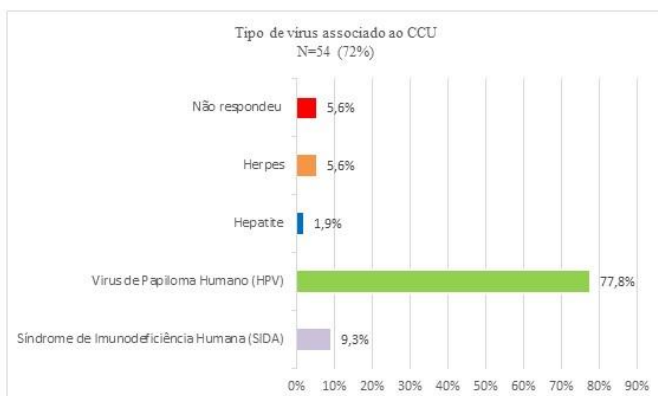


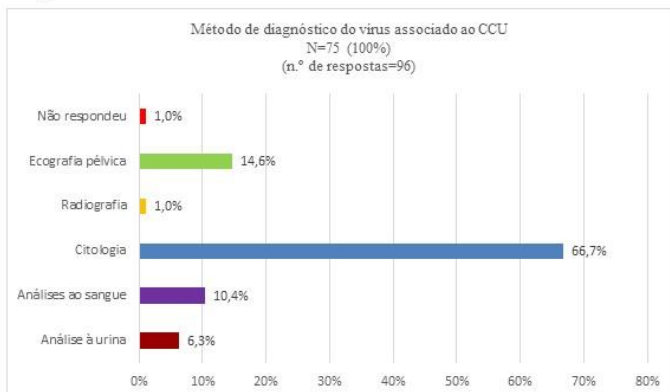
Gráfico 4.1 – Distribuição dos dados relativos à associação do CCU a um tipo de vírus.



## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

**Questão n.º 10: O vírus responsável pelo aparecimento do cancro do colo do útero pode ser diagnosticado através de:**



**Observação:** Houve respostas múltiplas.

Gráfico 5 – Distribuição dos dados relativos ao método de diagnóstico do vírus responsável pelo CCU.

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

**Questão n.º 11: Uma das formas de prevenir o aparecimento do cancro do colo do útero é através da vacinação.**

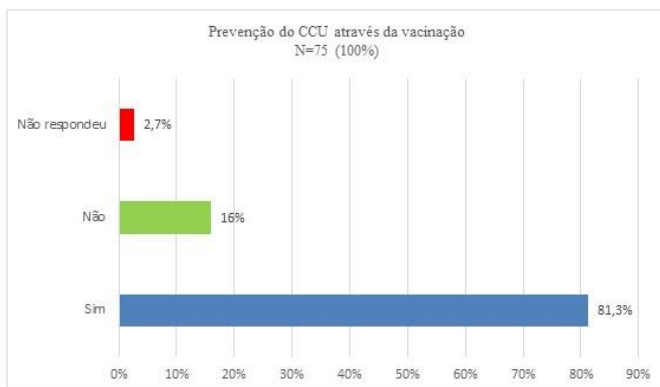


Gráfico 6 – Distribuição dos dados relativos à prevenção do CCU através da vacinação.

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

Questão n.º 11.1: Se sim, em que altura deve ser feita?

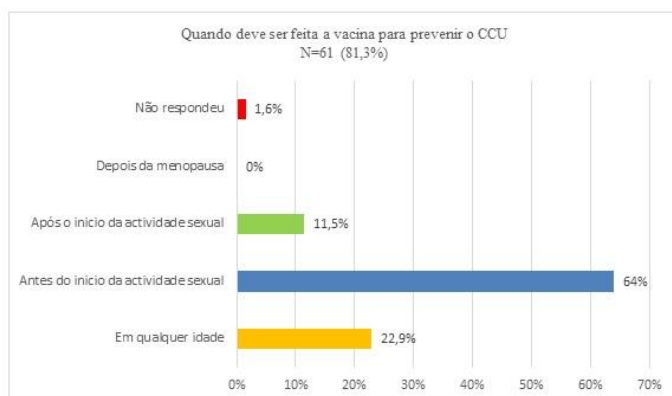


Gráfico 6.1 – Distribuição dos dados relativos à prevenção do CCU através da vacinação.

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

Questão n.º 12: A partir de que altura deverá iniciar o rastreio do cancro do colo do útero?

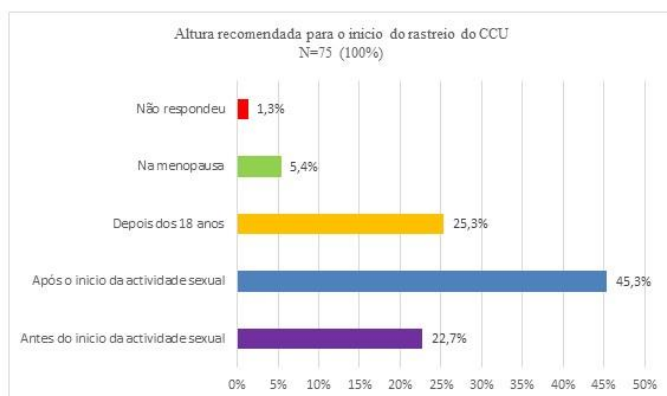


Gráfico 7 – Distribuição dos dados relativos à altura em que se deve iniciar o rastreio do CCU.

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

**Questão n.º 13: Alguma vez realizou o exame preventivo do cancro do colo do útero?**

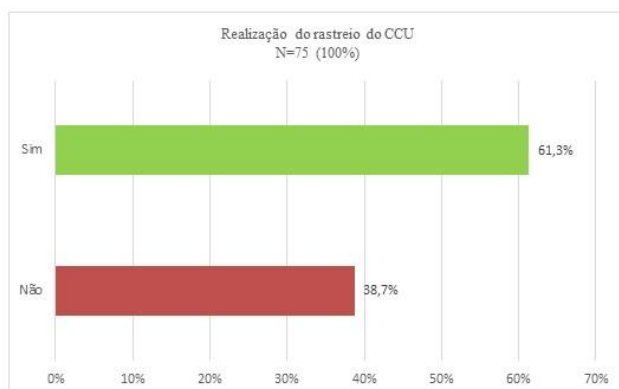


Gráfico 8 – Distribuição dos dados relativos à realização do rastreio do CCU por parte das participantes.

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

**Questão n.º 13.1: Se respondeu sim, com que regularidade faz o exame preventivo do cancro do colo do útero?**

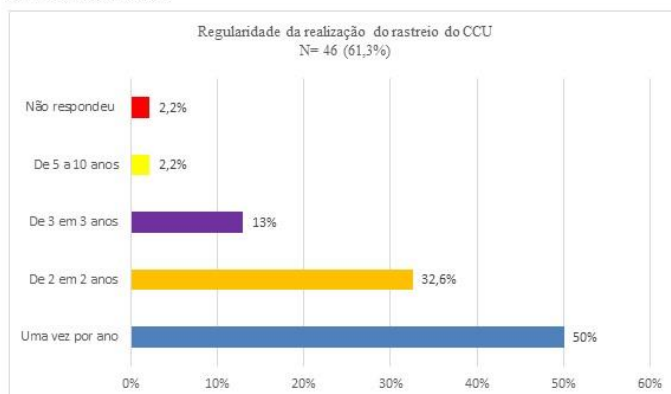


Gráfico 8.1 – Distribuição dos dados relativos à regularidade de realização do rastreio do CCU por parte das participantes.

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

**Questão n.º 14: O exame do rastreio do cancro do colo do útero é também conhecido como:**

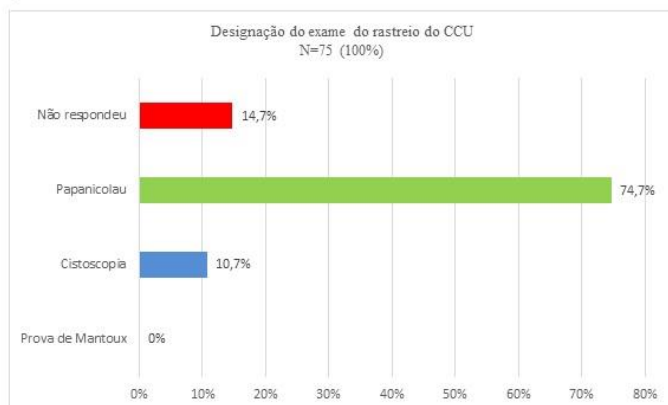


Gráfico 9 – Distribuição dos dados de acordo com a designação do exame do rastreio do CCU

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

**Questão n.º 15: O exame de rastreio do cancro do colo do útero deverá ser realizado:**

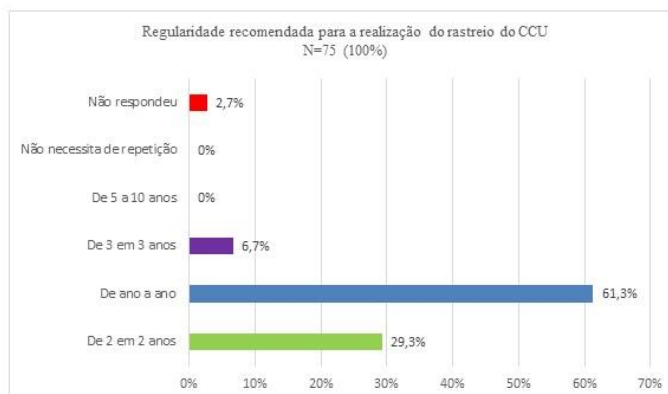


Gráfico 10 – Distribuição dos dados de acordo com a regularidade recomendada para a realização do rastreio do CCU.

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

Questão n.º 16: Na sua opinião, é fácil obter informações acerca desta doença?

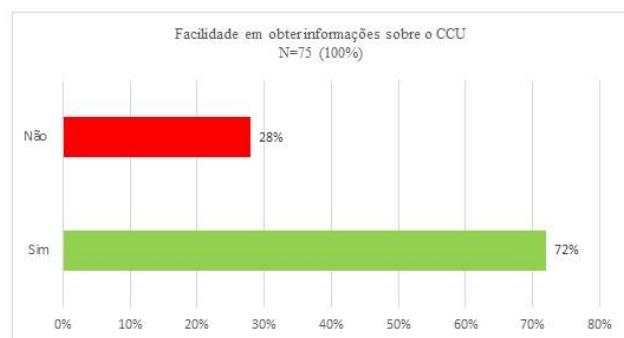


Gráfico 11 – Distribuição dos dados de acordo com a facilidade em obter informações sobre o CCU.

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

Questão n.º 17: De que forma obteve informação acerca do cancro do colo do útero?

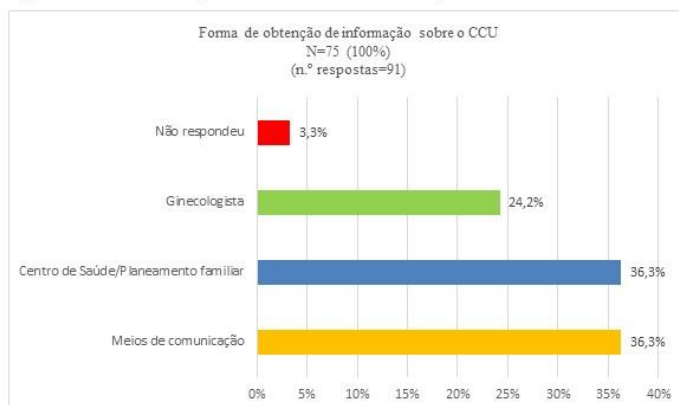


Gráfico 12 – Distribuição dos dados de acordo com a forma de obter informações sobre o CCU.

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

**Questão n.º 18: O cancro do colo do útero quando detetado tardiamente:**

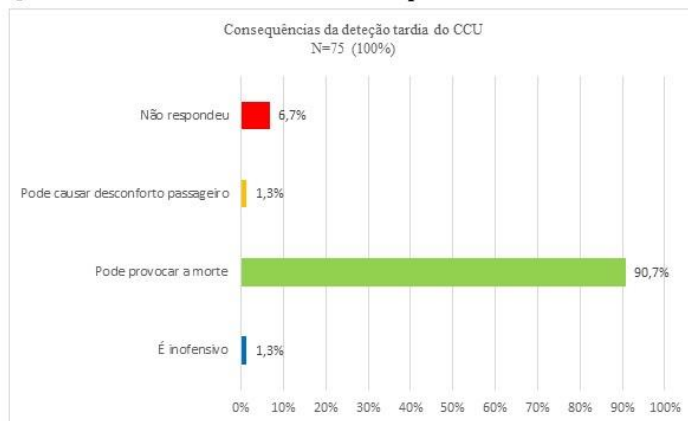


Gráfico 13 – Distribuição dos dados relativos às consequências associadas à deteção precoce do CCU.

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

**Questão n.º 19: Sempre que se apercebe de uma infeção vaginal o que faz?**



**Observação:** Houve respostas múltiplas.

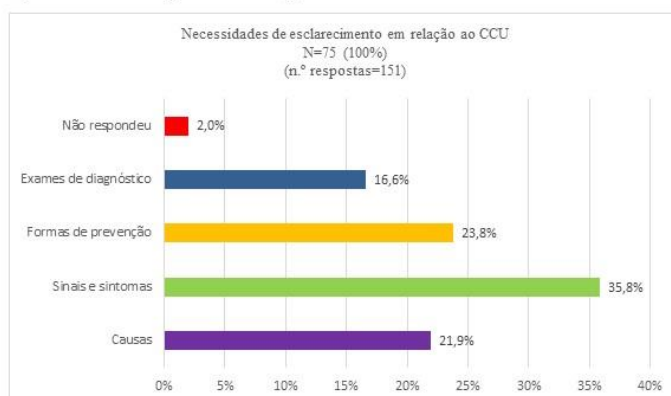
Gráfico 14 – Distribuição dos dados relativos à atuação das participantes face a uma infeção vaginal.



## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - Análise dos dados

### 2.ª Parte – Conhecimentos e comportamentos das mulheres relativamente ao CCU

**Questão n.º 20: Que dúvidas gostaria de ver esclarecidas sobre o cancro do colo do útero?**



**Observação:** Houve respostas múltiplas.

Gráfico 15 – Distribuição dos dados em relação às dúvidas que as participantes gostariam de ver esclarecidas em relação ao CCU

27

## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE - Identificação dos problemas

### Problemas decorrentes dos conhecimentos e comportamentos relacionados com o CCU:

- Apenas 53% da amostra identificou “múltiplos parceiros sexuais” como fator de risco para o CCU – desconhecimento dos principais fatores de risco;
- 20% desconhece a existência de sintomas associados ao CCU – atraso no diagnóstico e no tratamento atempado;
- 24% não associa o CCU a um vírus e de 72% que associa a um vírus, só 77,8% relaciona com o HPV – desconhecimento do que é o HPV e de que este é a principal causa do CCU, com consequente dissociação dos fatores de risco;
- Só 66,7% identifica a citologia como método de diagnóstico do vírus associado ao CCU – reforçando o desconhecimento da relação entre o HPV e o CCU;
- Apenas 74,7% identifica corretamente a designação do exame do rastreio do CCU – ao desconhecerem o nome do exame não conseguem estabelecer uma relação com as implicações da não realização da citologia/papanicolaú;
- Só 45,3% identifica corretamente a altura recomendada para o início do rastreio do CCU – não estabelecem a relação entre o HPV (e sua principal forma de transmissão) e o CCU;

28

## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE - Identificação dos problemas

### Problemas decorrentes dos conhecimentos e comportamentos relacionados com o CCU:

#### (cont.)

- Apenas 6,7% sabe qual a regularidade recomendada para a realização do rastreio – informação incorreta sobre a periodicidade do exame, sendo que a maioria o faz com um intervalo de um ano (61,3%), o que gera desperdício de tempo e recursos;
- 38,7% nunca fez o rastreio do CCU – pela idade são mulheres elegíveis para o rastreio do CCU – e 50% do número de mulheres que realizaram o rastreio do CCU (23 mulheres em 46), fizeram-no anualmente – acentua-se mais uma vez a informação incorreta sobre a periodicidade recomendada para a realização do exame;
- 28% considera ser difícil obter informação sobre o CCU – dificuldade em aceder a informações;
- Só 36,3% das respostas incidem na obtenção de informação sobre o CCU no Centro de Saúde/Planeamento familiar – Necessidade de melhorar o acesso e partilha de informação neste local;
- Existe uma grande necessidade de esclarecimento de dúvidas associadas ao CCU, com particular relevância dos sinais e sintomas (35,8% das respostas).

29

## DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES - Formulação do(s) Diagnóstico(s) de Enfermagem

Os problemas identificados traduzem-se assim em:

- ✓ Défice de conhecimentos relacionados com os fatores de risco do CCU;
- ✓ Défice de conhecimentos relacionados com a sintomatologia do CCU;
- ✓ Défice de conhecimentos relacionados com a associação do HPV ao CCU;
- ✓ Défice de conhecimentos relacionados com o método de diagnóstico do CCU.

(Linguagem CIPE, versão 2, 2011).

Dos problemas enunciados, tendo em conta o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender e utilizando a taxonomia da CIPE versão2 (Ordem dos Enfermeiros, 2011a), decorre o seguinte diagnóstico de enfermagem:

- Capacidade diminuída para a adoção de comportamentos de saúde, relacionada com o défice de conhecimentos acerca da relação entre o HPV e o CCU, dos fatores de risco, da sintomatologia e método de diagnóstico do CCU.

30



## DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Para a realização da priorização dos problemas estabelecidos anteriormente, foi escolhido o método da **grelha de análise**.

Este método permite determinar prioridades de acordo com 4 critérios:

- ✓ a Importância do problema
- ✓ Relação problema/ fator de risco,
- ✓ Capacidade técnica de resolver o problema,
- ✓ Exequibilidade do projeto ou intervenção.

**Estabeleceram-se assim como problemas prioritários:**

- **Défice de conhecimentos relacionados com os fatores de risco do CCU,**
- **Défice de conhecimentos relacionados com a associação do HPV ao CCU**  
**(sendo que estes dois problemas se relacionam entre si),**
- **Défice de conhecimentos relacionados com o método de rastreio do CCU.**

31

## ETAPAS SEGINTES

- Seleção de estratégias...
- Operacionalização ...

32

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral de Saúde (2015). A importância do rastreio atempado do cancro do colo do útero. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/a-importancia-do-rastreio-atempado-do-cancro-do-colo-do-utero.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (2016). *PORTUGAL - Doenças Oncológicas em Números – 2015. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa.
- Direção-Geral de Saúde (2016). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. *RELATÓRIO 2015: Avaliação e Monitorização dos Rastreios Oncológicos Organizados de Base Populacional de Portugal Continental*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. CIPE Versão2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

## **APÊNDICE XXXIII**

Plano Operacional da Sessão Individual de EpS sobre o CCU

O quê	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos específicos	Avaliação
Sessão Individual de EpS sobre o CCU	Enfermeira mestranda	Entre Novembro de 2017 e Janeiro de 2018	Gabinete na USF Villa Longa	<u>Realização da sessão:</u> - Duração: 15 minutos. - Conteúdo: Exposição do tema através de conteúdo informativo selecionado e impresso pela mestranda e material utilizado para a realização da colpocitologia; - Entrega de folheto informativo sobre o rastreio do CCU; - Esclarecimento de dúvidas;	- Melhorar os conhecimentos da população sobre o HPV e a sua relação com o CCU; - Melhorar os conhecimentos da população em relação aos fatores de risco e prevenção do CCU; - Melhorar os conhecimentos da população sobre o rastreio do CCU; - Melhorar a adesão ao rastreio do CCU.	- Que pelo menos 75% das sessões programadas sejam realizadas.  <u>Indicador de atividade:</u> (n.º sessões realizadas/ n.º de sessões programadas) × 100  - Que pelo menos 75% da população responda corretamente a todas as questões do questionário entregue no final da sessão individual de EpS.  <u>Indicador de participação:</u> (n.º de participantes que respondeu corretamente a todas as questões/n.º total de participantes) × 100

O quê	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos específicos	Avaliação
(cont.)				- Marcação de consulta de Planeamento Familiar para realização da colpocitologia (inclui consulta de enfermagem).		<p>- Que pelo menos 50% da população aceite marcar consulta de Planeamento Familiar para realizar a colpocitologia.</p> <p><u>Indicador de adesão:</u></p> <p>(n.º de participantes que ficam com consulta de PF marcada / n.º total de participantes) × 100</p>

### **Plano da Sessão Individual de Educação para a Saúde**

**População alvo:** Mulheres com idades compreendidas entre os [25; 60[ anos, inscritas na USF Villa Longa

**Data:** Entre Novembro de 2017 e Janeiro de 2018

**Duração:** 15 minutos

**Local:** Gabinete da USF Villa Longa

**Objetivo geral:** Capacitar a população para a prevenção do CCU.

**Objetivos específicos:** Que a população seja capaz de:

- Identificar o que é o HPV, formas de transmissão e relação com o CCU;
- Identificar os fatores de risco do CCU;
- Indicar as medidas preventivas do CCU;
- Indicar qual o método de rastreio do CCU, quem o deve realizar e com que regularidade deve ser realizado.

<b>Fase da sessão</b>	<b>Sequência didática</b>	<b>Conteúdos/Temas</b>	<b>Metodologias e técnicas pedagógicas</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Tema/ Motivação	<u>Apresentação:</u> - Enfermeira mestranda; - Tema; - Objetivos da sessão.	Expositivo	_____	1´
<b>Desenvolvimento</b>	Exposição do tema	<u>Cancro do colo do útero:</u> - Relação com o HPV; - Fatores de Risco; - Formas de prevenção; - Rastreio do CCU; - Cuidados a ter antes de realizar a colpocitologia; - Cuidados a ter depois de realizar a colpocitologia.	Expositivo	Folheto sobre o rastreio do CCU	6´
<b>Conclusão</b>	Fecho da sessão	Partilha de dúvidas e questões.	Participante	_____	2´
		Marcação de consulta de planeamento familiar para realização de colpocitologia.		Computador com acesso ao Medicine-One	3´
		Preenchimento do questionário/avaliação formativa.	Participante	Questionários impressos	3´

#### **APÊNDICE XXXIV**

Questionário de Avaliação da Sessão Individual de EpS sobre o CCU

Este questionário é anónimo e confidencial. Serve apenas para avaliar os conhecimentos após a realização da Sessão Individual de Educação para a Saúde sobre o cancro do colo do útero. Obrigada pela sua colaboração.

1ª Parte – Escolha a opção que considera mais correta para cada questão.

1) O cancro do colo do útero resulta de uma infeção crónica e persistente do colo do útero causada por um vírus. Qual?

- a) Vírus do Papiloma Humano (HPV);
- b) Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV).

2) O cancro do colo do útero pode ser prevenido por:

- a) Estilos de vida saudáveis, vacinação contra o HPV, uso de preservativo e realização do rastreio;
- b) Não pode ser prevenido.

3) Como se chama o rastreio do cancro do colo do útero?

- a) Colpocitologia, citologia cervical ou papanicolau;
- b) Ecografia pélvica.

4) Quem deve realizar o rastreio do cancro do colo do útero:

- a) Todas as mulheres com mais de 18 anos;
- b) Mulheres que já tenham iniciado a vida sexual e tenham colo do útero – preconizado entre os 25-64 anos.

5) De quanto em quanto tempo devo realizar o rastreio do cancro do colo do útero?

- a) De 5 em 5 anos;
- b) Depois de 2 rastreios anuais negativos, passa a ser realizado de 3 em 3 anos.

6) Depois de realizar o exame do rastreio do cancro do colo do útero devo:

- a) Entregá-lo no laboratório e esperar que me digam alguma coisa;
- b) Entregá-lo no laboratório, ir levantar o resultado ao fim de 3-4 semanas e entregar o resultado ao enfermeiro/médico de família.



2ª Parte – Responda Verdadeiro ou Falso.

7) O HPV é um vírus que se transmite sobretudo por via sexual.

☐ Verdadeiro

☐ Falso

8) Os fatores de risco para o cancro do colo do útero, para além da infeção pelo HPV, são: a atividade sexual, o número de gravidezes ( $\geq 3$  filhos), o uso prolongado de contraceção oral ( $\geq 5$  anos), os hábitos tabágicos e a história familiar.

☐ Verdadeiro

☐ Falso

9) Apesar de existem vários fatores de risco para o cancro do colo do útero, sabe-se que o HPV é a sua principal causa.

☐ Verdadeiro

☐ Falso

10) Numa fase inicial do cancro do colo do útero ou quando ainda só existem lesões pré-malignas podem não haver sintomas:

☐ Verdadeiro

☐ Falso

Data:

\_\_/\_\_/\_\_

## **APÊNDICE XXXV**

Plano Operacional da Sessão de Grupo de EpS sobre o CCU

O quê	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos específicos	Avaliação
Sessão de Grupo de EpS sobre o CCU.	Enfermeira mestrandia;  Enfermeira orientadora do local de estágio;  Presidente e Administrativas da Junta de Freguesia de Vialonga.	2 de Fevereiro de 2018	Salão Nobre da Junta de Freguesia de Vialonga	<u>Divulgação da sessão:</u> - Afixação de cartazes sobre a sessão nos espaços internos da Junta de Freguesia de Vialonga e entrega do mesmo conteúdo em folheto a cada uma das funcionárias.  <u>Realização da sessão:</u> -Duração: 30 minutos. -Conteúdo: Apresentação, Exposição do tema	- Melhorar os conhecimentos da população sobre o HPV e a sua relação com o CCU; - Melhorar os conhecimentos da população em relação aos fatores de risco e prevenção do CCU; - Melhorar os conhecimentos da população sobre o rastreio do CCU; - Melhorar a adesão ao rastreio do CCU.	- Que pelo menos 75% da população responda corretamente a todas as questões do questionário entregue no final da sessão de grupo de EpS.  <u>Indicador de participação:</u> (n.º participantes que responderam corretamente a todas as questões do questionário/n.º total de participantes) x 100

O quê	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos específicos	Avaliação
(cont.)				com projeção de diapositivos em PowerPoint, - Interação com as participantes; - Entrega de folheto sobre o tema; - Entrega de questionário para preenchimento no final da sessão para avaliação da mesma.		

### Plano da Sessão de Grupo de Educação para a Saúde

**População alvo:** Mulheres com idades compreendidas entre os [25; 60[ anos, inscritas na USF Villa Longa

**Data:** 2 de Fevereiro de 2018

**Hora:** 13:00

**Duração:** 30 minutos

**Local:** Salão Nobre da Junta de Freguesia de Vialonga

**Objetivo geral:** Capacitar a população para a prevenção do CCU.

**Objetivos específicos:** Que a população seja capaz de:

- Identificar o que é o HPV, formas de transmissão e relação com o CCU;
- Identificar os fatores de risco do CCU;
- Indicar as medidas preventivas do CCU;
- Indicar qual o método de rastreio do CCU, quem o deve realizar e com que regularidade deve ser realizado.

Fase da sessão	Sequência didáctica	Conteúdos/Temas	Metodologias e técnicas pedagógicas	Recursos	Tempo
Introdução	Tema/ Motivação	<u>Apresentação:</u> - Enfermeira mestranda; - Enfermeira orientadora do local de estágio; - Tema; - Objetivos da sessão.	Expositivo	Computador; Projektor multimédia	2'
Desenvolvimento	Exposição do tema	<u>Cancro do colo do útero:</u> - Dados estatísticos; - Relação com o HPV; <ul style="list-style-type: none"><li>• Transmissão do HPV;</li><li>• Comportamento do HPV;</li></ul> - Fatores de Risco; - Formas de Prevenção; - Rastreio do CCU; - Sinais e sintomas; - Contactos da USF.	Expositivo	Computador; Projektor multimédia.	20'
Conclusão	Fecho da sessão	Resumo dos conteúdos abordados; Partilha de dúvidas e questões.	Expositivo Participante	Computador; Projektor multimédia. Entrega do folheto sobre o tema.	5'
		Preenchimento do questionário/avaliação formativa.	Participante	Questionários impressos.	3'

## **APÊNDICE XXXVI**

Questionário de Avaliação da Sessão de Grupo de EpS sobre o CCU

Este questionário é anónimo e confidencial. Serve apenas para avaliar os conhecimentos após a realização da Sessão de Grupo de Educação para a Saúde sobre o cancro do colo do útero. Obrigada pela sua colaboração.

1ª Parte – Escolha a opção que considera mais correta para cada questão.

1) O cancro do colo do útero resulta de uma infeção crónica e persistente do colo do útero causada por um vírus. Qual?

- a) Vírus do Papiloma Humano (HPV);
- b) Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV).

2) O cancro do colo do útero pode ser prevenido por:

- a) Estilos de vida saudáveis, vacinação contra o HPV, uso de preservativo e realização do rastreio;
- b) Não pode ser prevenido.

3) Como se chama o rastreio do cancro do colo do útero?

- a) Colpocitologia, citologia cervical ou papanicolau;
- b) Ecografia pélvica.

4) Quem deve realizar o rastreio do cancro do colo do útero:

- a) Todas as mulheres com mais de 18 anos;
- b) Mulheres que já tenham iniciado a vida sexual e tenham colo do útero – preconizado entre os 25-64 anos.

5) De quanto em quanto tempo devo realizar o rastreio do cancro do colo do útero?

- a) De 5 em 5 anos;
- b) Depois de 2 rastreios anuais negativos, passa a ser realizado de 3 em 3 anos.

6) Depois de realizar o exame do rastreio do cancro do colo do útero devo:

- a) Entregá-lo no laboratório e esperar que me digam alguma coisa;
- b) Entregá-lo no laboratório, ir levantar o resultado ao fim de 3-4 semanas e entregar o resultado ao enfermeiro/médico de família.

2ª Parte – Responda Verdadeiro ou Falso.

7) O HPV é um vírus que se transmite sobretudo por via sexual.

☐ Verdadeiro

☐ Falso

8) Os fatores de risco para o cancro do colo do útero, para além da infeção pelo HPV, são: a atividade sexual, o número de gravidezes ( $\geq 3$  filhos), o uso prolongado de contraceção oral ( $\geq 5$  anos), os hábitos tabágicos e a história familiar.

☐ Verdadeiro

☐ Falso

9) Apesar de existem vários fatores de risco para o cancro do colo do útero, sabe-se que o HPV é a sua principal causa.

☐ Verdadeiro

☐ Falso

10) Numa fase inicial do cancro do colo do útero ou quando ainda só existem lesões pré-malignas podem não haver sintomas:

☐ Verdadeiro

☐ Falso

3ª Parte

Indique a Unidade de Saúde Familiar/Unidade de Cuidados de Saúde Primários a que pertence:

---

Data:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



## **APÊNDICE XXXVII**

Diapositivos da Apresentação da Sessão de Grupo de EpS sobre o CCU

## Cancro do Colo do Útero

Enfermeira Sónia Ramalho

8º Curso de Mestrado em Enfermagem

- Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Orientadores:

Professor António Major (ESEL)

Enfermeira Sónia Videira (USF Villa Longa)

1

## Cancro do Colo do Útero

### - Dados estatísticos

O Cancro do Colo do Útero é uma das principais causas de mortalidade por cancro nas mulheres:



### No Mundo...

- ✓ É o 4º tipo de cancro mais comum nas mulheres.



### Em Portugal...

- ✓ É o 2º tumor ginecológico maligno mais frequente nas mulheres portuguesas com menos de 50 anos;
- ✓ É o 5º tumor com maior incidência a nível de tumores malignos.

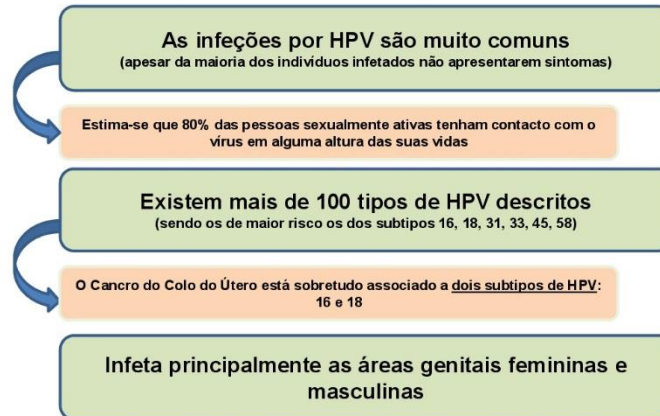
Em 2015, 201 mulheres morreram com esta doença.

2

## Cancro do Colo do Útero

- Relação com Vírus do Papiloma Humano (HPV)

Está associado a uma infecção persistente causada por um vírus muito comum: o **Vírus do Papiloma Humano (HPV)**.



3

## Cancro do Colo do Útero

- Relação com Vírus do Papiloma Humano (HPV)

### Transmissão do HPV

○ **Vírus do Papiloma Humano (HPV)** transmite-se por:



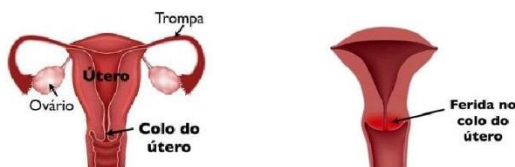
4

## Cancro do Colo do Útero

### - Relação com Vírus do Papiloma Humano (HPV)

#### Comportamento do HPV

O **Vírus do Papiloma Humano (HPV)** instala-se nas células da superfície do colo do útero, podendo ali ficar anos sem causar doença ou, ao fim de algum tempo, começar a causar danos nas células do corpo do útero, dando origem a lesões pré-cancerígenas, com consequente desenvolvimento de cancro.



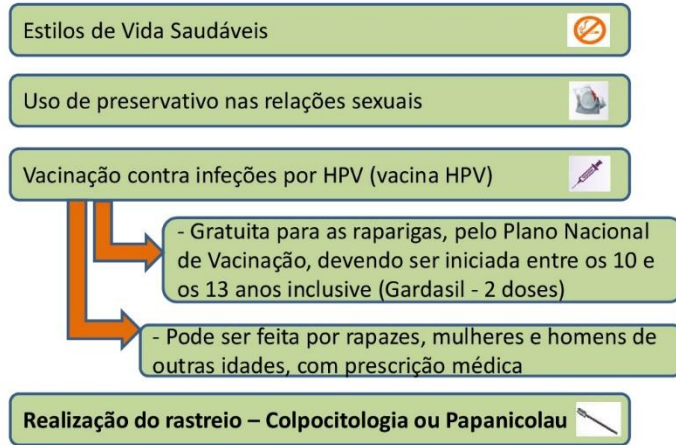
5

## Cancro do Colo do Útero

### - Fatores de Risco

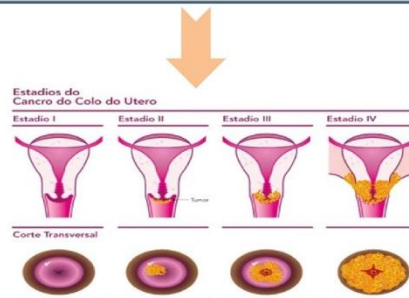
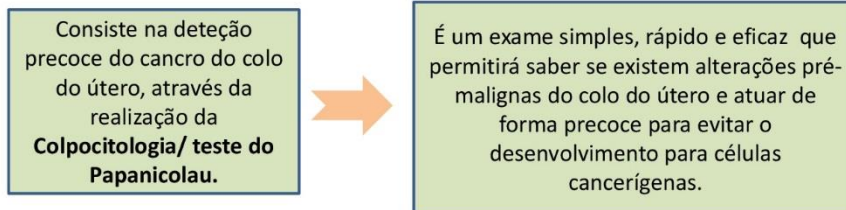


## Cancro do Colo do Útero - Prevenção



7

## Cancro do Colo do Útero - Rastreio



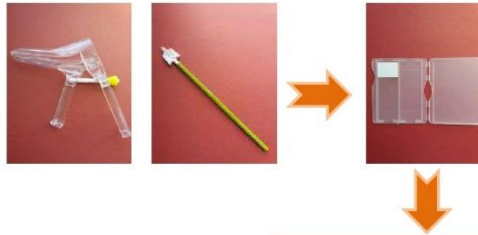
8

## Cancro do Colo do Útero

### - Rastreio

#### Realização do rastreio

O médico coloca um espéculo na vagina e usa uma pequena escova que permite recolher algumas células do colo do útero para serem analisadas.



Entrega da colheita à utente para esta entregar o mais breve possível no laboratório.

9

## Cancro do Colo do Útero

### - Rastreio

#### Quem deve fazer o rastreio



Raparigas com mais de 18 anos que já tinham iniciado vida sexual há mais de 1 ano;



Mulheres entre os 25-64 anos, que tenham colo do útero.

Cuidados a ter <b>ANTES</b> de realizar a Colpocitologia	Cuidados a ter <b>DEPOIS</b> de realizar a Colpocitologia
Não pode estar menstruada no dia do exame (se for o caso, contate a USF para alterar a data da consulta);	Pode trazer e colocar um penso diário para conforto (poderá ter uma pequena perda de sangue);
Evitar medicações (cremes ou óvulos) e duchas vaginais, nas últimas 48h;	O exame deve ser entregue pela utente num laboratório o mais depressa possível – o resultado geralmente está pronto em 3-4 semanas;
Evitar relações sexuais na véspera.	A utente é responsável por ir levantar o resultado ao laboratório e entregá-lo ao seu enfermeiro/médico de família.

10

## Cancro do Colo do Útero - Sinais e Sintomas



Sangramento  
vaginal anormal

Corrimento vaginal  
anormal

Dor e desconforto  
nas relações sexuais

Dor pélvica/  
membros inferiores.

Mas não espere até ter sinais e sintomas, porque muitas vezes eles aparecem tardiamente...

11

## Cancro do Colo do Útero

**A PREVENÇÃO DEPENDE DE SI...**



**AJUDE-NOS A PROTEGÊ-LA!**

Contactos para marcar consulta de Planeamento Familiar e para  
enviar resultados da Colpocitologia:

Telefone: 219527520

Email: [usf.villalonga@arslvt.min-saude.pt](mailto:usf.villalonga@arslvt.min-saude.pt)

12



**Obrigada pela atenção e  
participação!**

## Referências Bibliográficas

- American Cancer Society (2018). *What are the risk factors for cervical cancer?* Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/prevention-and-early-detection/cervical-cancer-risk-factors.html>
- Bosch, F. Xavier & Iftner, Thomas (2005). *The aetiology of cervical cancer*. NHSCSP Publication n.º 22. Sheffield.
- Direção Geral de Saúde (2016). *PORTUGAL - Doenças Oncológicas em Números – 2015. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas - Relatório 2017*. Lisboa.
- Fernandes, R. e Narchi, N. (2007). *Enfermagem e saúde da mulher*. SP: Manole.
- Institut Català d'Oncologia - ICO (2017). *Portugal Human Papillomavirus and Related Cancers*, Fact Sheet 2017. Barcelona. Disponível em: [http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/PRT\\_FS.pdf](http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/PRT_FS.pdf)
- National Cancer Institute – NIH (2018). *Cervical Cancer Prevention*. Disponível em: [https://www.cancer.gov/types/cervical/patient/cervical-prevention.pdf#section/\\_14](https://www.cancer.gov/types/cervical/patient/cervical-prevention.pdf#section/_14)
- World Health Organization (2013b). *Comprehensive cervical cancer prevention and control - a healthier future for girls and women- WHO guidance note*. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/en/>
- WHO (2014). *Comprehensive cervical cancer control - A guide to essential practice - Second edition*. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/>
- World Health Organization (2017a). *Screening as well as vaccination is essential in the fight against cervical cancer*. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers/fight-cervical-cancer/en/>
- World Health Organization (2017b). *Immunization, Vaccines and Biologicals - Human papillomavirus (HPV)*. Disponível em: <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/en/>



## **APÊNDICE XXXVIII**

Folheto sobre o Rastreo do CCU

## QUE CUIDADOS DEVE TER ANTES DA COLPOCITOLOGIA?

- ♦ Não pode estar menstruada no dia do exame (se for o caso, contate a USF para alterar a data da consulta).
- ♦ Evitar medicações (cremes ou óvulos) e duches vaginais, nas últimas 48h.
- ♦ Evitar relações sexuais na véspera.

## O QUE DEVE FAZER DEPOIS DA COLPOCITOLOGIA?

- ♦ O exame deve ser entregue pela utente num laboratório o mais depressa possível.
- ♦ O resultado geralmente está pronto em 3-4 semanas.
- ♦ A utente é responsável por ir levantar o resultado ao laboratório e entregá-lo ao seu enfermeiro/médico de família.

O Cancro do Colo do Útero é uma doença detetável e tratável, mas em Portugal continua a MATAR muitas mulheres.

A PREVENÇÃO DEPENDE DE SI...



**AJUDE-NOS A PROTEGÊ-LA!**

Contactos para marcar consulta de  
Planeamento Familiar e para enviar  
resultados da Colpocitologia:

**Telefone:** 219527520

**Email:** usf.villalonga@arslvt.min-saude.pt

Folheto desenvolvido em colaboração com:

Enf.ª Sónia Ramalho,

Outubro de 2017

8.º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem/

Área de Especialização em Enfermagem Comunitária



## Rastreio do Cancro do Colo do Útero



## O QUE É O CANCRO DO COLO DO ÚTERO?

- ♦ Caracteriza-se pelo desenvolvimento anormal das células do colo do útero, originando feridas que por vezes evoluem para cancerígenas;
- ♦ Está associado a uma infeção persistentes causada por um vírus muito comum — Vírus do Papiloma Humano (HPV). Este vírus transmite-se sobretudo por via sexual.

## FATORES DE RISCO

- ♦ Atividade sexual (início precoce da atividade sexual; múltiplos parceiros sexuais; relações sexuais desprotegidas, infeções sexualmente transmissíveis);
- ♦ Número de partos ( $\geq 3$  filhos);
- ♦ Uso prolongado de contraceção oral ( $\geq 5$  anos);
- ♦ Hábitos tabágicos;
- ♦ História familiar.

## PREVENÇÃO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO:

- ♦ Adoção de estilos de vida saudáveis;
- ♦ Vacinação com a vacina HPV :
  - ⇒ é gratuita para as raparigas, pelo Plano Nacional de Vacinação, devendo ser iniciada entre os 10 e 13 anos de idade inclusive;
  - ⇒ pode ser feita por rapazes, mulheres e homens, com prescrição médica.
- ♦ Uso de preservativo nas relações sexuais;
- ♦ Realização do rastreio do cancro do colo do útero — Colpocitologia ou Teste de Papanicolaou.

## QUEM DEVE FAZER O RASTREIO?

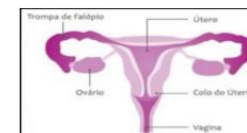
- ♦ Todas as mulheres com mais de 18 anos que já tinham iniciado vida sexual há mais de 1 ano;
- ♦ Todas as mulheres entre os 25-64 anos, que tenham colo do útero.

## QUANDO DEVE FAZER O RASTREIO?

- ♦ Depois de 2 rastreios anuais negativos, passa a ser realizado de 3 em 3 anos.

## EM QUE CONSISTE O RASTREIO?

- ♦ Consiste na deteção precoce do cancro do colo do útero, através da realização da **Colpocitologia**. É um exame simples, rápido e eficaz, que nos permitirá saber se possui alguma alteração pré-maligna do colo do útero e atuar de forma precoce para tratá-la.



O médico coloca um espéculo na vagina e usa uma pequena escova que permite recolher algumas células do colo do útero para serem analisadas.

## **APÊNDICE XXXIX**

Cartaz de divulgação da Sessão de Grupo de EpS sobre o CCU

**Convidam-se todas as trabalhadoras da Junta de Freguesia de Vialonga a participarem na Sessão de Educação para a Saúde sobre**

## **Cancro do Colo do Útero**



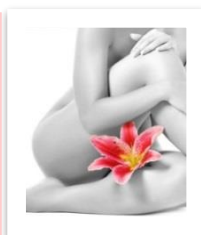
**Data: 2 de Fevereiro**

**Hora:13H**

**Duração da Sessão: 30 minutos**

**Local: Salão Nobre da Junta de Freguesia de Vialonga**

**Porque a prevenção depende de si...  
Informe-se!**



## **APÊNDICE XL**

Cartaz sobre o Cancro do Colo do Útero

# SAÚDE DA MULHER

## Cancro do Colo do Útero



### DADOS

O Cancro do Colo do Útero é uma das principais causas de mortalidade por cancro nas mulheres.

Está associado a uma infecção persistente causada por um vírus muito comum: o **Vírus do Papiloma Humano - HPV**.



### NO MUNDO

É o 4º tipo de cancro mais comum nas mulheres (WHO, 2018).



### EM PORTUGAL

É o 2º tumor ginecológico maligno mais frequente nas mulheres portuguesas com menos de 50 anos (DGS, 2015).

2012	2013	2014	2015	2016
214	204	210	201	194

**NÚMERO DE ÓBITOS CAUSADO PELO TUMOR MALIGNO DO COLO DO ÚTERO EM PORTUGAL**  
(INE, 2018)

## FATORES DE RISCO



**Atividade sexual**



**Número de partos**  
(≥3 filhos)



**Contraceção oral prolongada**  
(≥ 5 anos)



**Hábitos tabágicos**

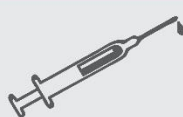


**História familiar**

## PREVENÇÃO



**Estilos de Vida saudáveis**



**Vacinação contra o HPV**



**Uso de preservativo**



**Realização da Colpocitologia / Papanicolau**

**Raparigas:**  
vacina recomendada e gratuita, pelo Plano Nacional de Vacinação, entre os 10 e 13 anos;  
**Rapazes, Mulheres e Homens:**  
com prescrição médica.

É um exame simples, rápido e eficaz, que permite detetar alterações pré-malignas do colo do útero.

### QUEM DEVE REALIZAR O RASTREIO?



Todas as raparigas com mais de 18 anos que já tenham iniciado vida sexual há mais de 1 ano;



Todas as mulheres entre os 25-64 anos, que tenham colo do útero.

**O Cancro do Colo do Útero é tratável quando detetado precocemente!**

### AJUDE-NOS A PROTEGÊ-LA!

Contatos para marcar consulta de Planeamento Familiar e para enviar resultados da Colpocitologia:

**Telefone:** 219527520

**Email:** usf.villalonga@arsivt.min-saude.pt

Design Gráfico: Cátia Oliveira

**Referências Bibliográficas:** American Cancer Society (2018). What are the risk factors for cervical cancer? Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/prevention-and-early-detection/cervical-cancer-risk-factors.html>; Direção-Geral da Saúde (2015). A importância do rastreio atempado do cancro do colo do útero. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/a-importancia-do-rastreio-atempado-do-cancro-do-colo-do-uterio.aspx>; Direção-Geral da Saúde (2016). PORTUGAL - Doenças Oncológicas em Números - 2015. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa; Direção-Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para as doenças oncológicas - 2017. Lisboa; Instituto Nacional de Estatística (2018). Mortalidade Por Causas de Morte - Tumor maligno do colo do útero; World Health Organization (2014). Comprehensive cervical cancer control - A guide to essential practice - Second edition. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/>; World Health Organization (2018). Immunization, Vaccines and Biologicals - Human papillomavirus (HPV). Disponível em: <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/en/>